نموذج ترخيص

أنا الطالب : نور صبري محمد عبد الفتاح أمنح الجامعة الأردنيـــة و/ أو من تفوضه ترخيصاً غير حصري دون مقابل بنشر و / أو استعمال و / أو اســتغلال و / أو ترجمة و / أو تصوير و / أو إعادة إنتاج بأي طريقة كانت سواء ورقية و / أو إلكترونيــة أو غير ذلك رسالة الماجستير / الدكتوراه المقدمة من قبلي وعنوانها.

أنماط الاستجابات الانفعالية لدى مدمني الكحول مقارنة بغير المدمنين في مدينة عمان

وذلك لغايات البحث العلمي و / أو التبادل مع المؤسسات التعليميـــة والجامعـــات و / أو لأي غاية أخرى تراها الجامعة الأردنية مناسبة، وأمنح الجامعة الحق بالترخيص للغير بجميـــع أو بعض ما رخصته لها.

اسم الطالب: نور صبري محمد عبد الفتاح

التوقيـــع:

التاريـــخ: ٢١/٨/٢٠١٤

أنماط الإستجابات الانفعالية لدى مدمني الكحول مقارنة بغير المدمنين في مدينة عمّان

إعداد

نور صبري محمد عبد الفتاح

المشرف

الأستاذ الدكتور محمد محمود بني يونس

المشرف المشارك

الأستاذ الدكتور يوسف عبد الوهاب أبو حميدان

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

آب ، 2014م

قرار لجنة المناقشـــــة

نوقشت هذه الرسالـــــــة (أنماط الاستجابات الانفعالية لدى مدمني الكحول مقارنة بغير المدمنين في مدينـــة عمان) ، وأجيزت بتاريخ ٢٠١٤/٨/١٢م.

اعضاء لجنة المناقشة	التوقيــــــــع
الدكتور محمد بني يونس، مشرف رئيسا أستاذ – علم نفس فسيولوجي	....
الدكتور يوسف عبدالوهاب ابو حميدان، مشرف مشارك أستاذ – علم نفس تطبيقي	....
الدكتور عباطة ضبعان ظاهر، عضوا أستاذ – علم الجريمة	....
الدكتور مروان ظاهر الزعبي، عضوا أستاذ مشارك – علم النفس التنظيمي	....
الدكتور تيسير فؤاد الياس شواش، عضوا استاذ مساعد – علم نفس الاكلينكي (جامعة عمان الاهلية)	....

الإهداء

إلى روح والدي الطيب رحمه الله وغفر له واسكنه فسيح جناته

كم كنت أتمنى لو كان هذا العمل في حياته

إلى روح الروح والدتي الغالية

ربتني وعلمتني وزرعت الطموح بداخلي

إلى اخواني أسامة ومحمد رمز الرجولة والتضحية

هم سندي وقوتي ولهم الفضل الكبير في كل نجاح حققته

إلى القلوب البيضاء أخواتي الحبيبات نجوان وحنان ومنال وسارة

حفظهم الله ووفقهم لكل ما يحب ويرضى

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين:

انطلاقاً من إنجازي هذه الرسالة وقول الرسول صلى الله عليه وسلم: (من لا يشكر الناس لا يشكر الله)، أتقدم بخالص الشكر وعميق التقدير إلى أساتذتي الأفاضل الذين سعدت بالتتلمذ على أيديهم، وكان لهم أكبر الأثر في إخراج هذه الرسالة إلى حيز النور، فبدايةً أشكر مشرفي الأستاذ الدكتور محمد بني يونس على كرمه وجهده ودعمه وإعطائه لي فكرة هذه الرساله، كما أتوجه بجزيل الشكر إلى الأستاذ الدكتور يوسف عبد الوهاب أبو حميدان على رأيه السديد وجهده العظيم جزاه الله كل خير وله مني كل التقدير والإحترام، كما أنني أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لأعضاء لجنة المناقشة المتمثلة في الأساتذة الكرام: الدكتور عباطة ظاهر، الدكتور مروان الزعبي، والدكتور تيسير إلياس.

كما أقدم كل تقديري وشكري لمديرية الأمن العام / إدراة مكافحة المخدرات، المركز الوطني لتأهيل المدمنين، مستشفى الرشيد للطب النفسي والإدمان، وعيادة الدكتور محمد الدباس لما قدموا لي من تسهيلات ومساعدات لإجراء هذه الرسالة.

ويسعدني أخيراً أن أشكر أناسً كانوا نوراً لي، وكان لمساعدتهم الفضل في الوصول إلى هذا الجهد، وهم أصدقائي الأعزاء: محمد بوخضور، رغدة جرار، رنده جرار، مجد الشامي، ومهند العيدان، كما أشكر كل من وقف بجانبي وساعدني ودعمني وساهم في إخراج هذا العمل العلمي الذي يعتبر نبتة طيبة من غرسكم.

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

أنماط الإستجابات الانفعالية لدى مدمني الكحول مقارنة بغير المدمنين في مدينة عمّان

إعداد

نور صبري محمد عبد الفتاح

المشرف

الأستاذ الدكتور محمد محمود بني يونس

المشرف المشارك

الأستاذ الدكتور يوسف عبد الوهاب أبو حميدان

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن أنماط الإستجابات الانفعالية لدى مدمني الكحول مقارنة بغير المدمنين في مدينة عمّان، وإيجاد الفروق بينهم في أنماط الإستجابات الانفعالية تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية والمتمثلة بالعمر والدخل والحالة الإجتماعية والحالة الوظيفية والمستوى التعليمي.

تألفت عينة الدراسة من (80) فرد، منهم (40) مدمناً على الكحول، و(40) من غير المدمنين، واستخدم مقياس أنماط الإستجابات الانفعالية لمثيرات المحيط الفيزيائي على جميع أفراد العينة.

وقد أشارت النتائج إلى أن أكثر من نصف أفراد العينة لديهم مستويات منخفضة من النمط الانفعالي السّار المفرط (55%) مقارنة بالمستويات المرتفعة (45%)، أما بالنسبة للنمط الانفعالي المتوازن فقد بلغت نسبة الأفراد الذين لديهم مستويات مرتفعة على هذا النمط (42.5%)مقارنة بــ (57.5%) للمستويات المنخفضة، أما النمط الانفعالي غير السّار المفرط فقد بلغت نسبة الأفراد ذوي المستويات المرتفعة على هذا النمط (97.6%) والأفراد ذوي المستويات المنخفضة على نفس النمط (2.4%)، وتم التوصل إلى عدم وجود فروق بين المدمنين وغير المدمنين في النمط الانفعالي السّا ر المفرط حيث بلغت قيمة (ت) (0.040-)،

والنمط الانفعالي المتوازن بلغت قيمة (ت)(1.819−)، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)على النمط الانفعالي غير السّار المفرط لصالح المدمنين.

كما وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في أنماط الإستجابات الانفعالية لدى المدمنين تبعاً لمتغيرات العمر، الحالة الاجتماعية والحالة الوظيفية، بينما تم إيجاد فروق دالة إحصائياً تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي والدخل، أما مجموعة غير المدمنين تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أنماط الإستجابات الانفعالية تبعا لمتغيرات الحالة الإجتماعية والعمر والحالة الوظيفية، بينما تم إيجاد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تبعاً لمتغيرات الدخل و المستوى التعليمي.

وختاماً توصى الدراسة الحالية بضرورة إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بأنماط الإستجابات الانفعالية والتي تتناول متغيرات الدراسة الحالية والمزيد من المتغيرات الأخرى.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتـها

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

المقدمة

يعاني معظم الناس في عصرنا الحالي من الضغوط النفسية والإجتماعية والصراعات من أجل الحياة، فبعضهم يلجأ لإستخدام أساليب تدبر ملائمة وإيجابية للتعامل مع الضغوطات والبعض الآخر يستخدم أساليب تدير سلبية من ضمنها الإقدام على تناول الكحول والوقوع في آفة الإدمان التي تهدد ملايين الناس في شتى أنحاء العالم، فيبدأ العديد منهم بتعاطي الكحول وذلك لوجود دافع إجتماعي أو لمجاملة الأصدقاء و للهروب من الإجهاد، أو كطريقة لنسيان الخبرات السيئة والمزاج المضطرب، أو كوسيلة للتخلص من الإضطرابات النفسية التي يعانون منها، ولكي تعطيهم الشعور بالسعاده والراحة والنشوة، فالإدمان يأخذ أشكالاً عدة، ويبتدأ بطرائق مختلفة، لكنه يفرض على مدمنه ضريبة، لأنه داء وسّم يفترس كل من يقع في حبائلة، وينشر الشر والفساد، ويدمر الحضارات، ويقضي على القدرات (مصباح، 2004; حماد،2004).

ويتميز الشخص المدمن بمجموعة من الأعراض الجسمية والنفسية والسلوكية، من بينها الأعراض الانفعالية، فالانفعالات هي طيف من المشاعر التي نعيشها كل يوم من سعادة، حزن، ارتياح، غضب، خوف، وفرح، فغالباً ما يكون من الصعب على المدمنين تحديد انفعالاتهم وعواطفهم في مرحلة ما، فعندما يمرون بالمشاعر السلبية السيئة مثل الإكتئاب والقلق والحزن والغضب والشعور بالكدر العاطفي وانقطاع التواصل مع الآخرين قد تكون هذه من أهم الأسباب التي تدفعهم للشرب ومع وجود الرغبة الملّحة في تناول المزيد من الكحول للتخلص من المشاعر والافكار السيئة التي تؤثر على مزاجهم، مما يجعلهم يعتقدون أن تناول الكحول هي طريقة سريعة وبسيطة وفعالة في آنٍ واحد، تعمل على تحريرهم من المشاعر السلبية المزعجة وتحولها إلى مشاعر إيجابية سارّة، وتطرد الألم، وتخفض القلق وتمحو الكآبة، نضيف إلى ذلك أن تناول الكحول من أكثر المواد التي تعمل على تغيير طريقة عمل المخ وتؤثر في السلوك الشخصي والضبط الذاتي والمزاج، لذلك علينا أن نواجه هذه الإستجابات الانفعالية ونتعامل معها حين تطفو على السطح لأنها جزء طبيعي من الكيان الإنساني (إيرشل، 2010).

تعتبر الانفعالات من العمليات العقلية الهامة في حياة الفرد، فالكثير منا يشعر بعدد من الضغوط المرتبطة بالحياة، فينفعلون ولكن درجة وشدة الانفعال تختلف من شخص إلى آخر، فإذا كان الانفعال بدرجة تتناسب مع الموقف فهذا يؤدي إلى توازن الفرد وتكيفه مع نفسه ومع البيئة التي يعيش فيها، بالمقابل الانفعال الزائد أو غير الطبيعي يضر بالفرد، فالأفراد الذين يعانون من الإدمان يقعون في سلسلة حلقات من التفكير المشوّه الذي يفضي إلى انفعالات مزعجة تقود إلى إضطراب مزاج وسلوكيات مؤذية وغير مقبولة (الزراد،2002).

ترتبط الانفعالات بأجهزة الجسم كالجهاز العصبي والهرموني وعمليات الأيض كما ترتبط بعوامل أخرى، ونظراً للعلاقة الإرتباطية بين الجهاز العصبي من جهة، والسلوك الجزئي والكلي من جهة ثانية، وبإعتبار أن الجهاز العصبي ليس جهازاً فسيولوجياً فحسب بل وسيكولوجياً، فهناك تأثير متبادل فيما يطرأ على الجهاز العصبي من تغيرات في تركيبته ووظائفه، تنعكس مباشرة على النشاط الانفعالي لدى الأفراد (بني يونس،2009).

ووفقاً لهذا التصور النظري تحاول هذه الدراسة الكشف عن أنماط الإستجابات الانفعالية لدى مدمني الكحول مقارنة بغير المدمنين في مدينة عمّان.

مشكلة الدراسة

تبلورت مشكلة الدراسة الحالية من خلال مراجعة الأدبيات والنظريات، حيث لم تجد الباحثة دراسة تتعلق بأنماط الإستجابات الانفعالية لدى المدمنين مقارنة بغير المدمنين، ولإثراء الجانب النظري والبحث العلمي سيتم التعرف على أنماط الإستجابات الانفعالية ومقارنتها بين المدمنين وغير المدمنين.

يستجيب المدمنون انفعالياً لكثير من الأحداث الضاغطة بأنماط انفعالية مختلفة، ويجدون صعوبة في التعامل مع الانفعالات القوية، وهذه الانفعالات تؤثر في سلوك الإنسان من حيث تحديد أهدافه وتنظيمها وتنفيذها والتغلب على مشكلات ومصاعب الحياة.

وتتمثل مشكلة الدراسة أيضاً في أن الكحول من المواد التي يدمن عليها الفرد نفسياً وجسمياً، وتؤثر في أجهزة الجسم بما فيها: الجهاز العصبي وعمل النواقل العصبية المسؤولة عن ظهور الانفعالات والدماغ، وبالتالي يؤثر في الوظائف العقلية والسلوكية والنفسية والانفعالية في

حياة الفرد، فيمر في عدة مواقف وظروف مختلفة فتتولد العادة الإدمانية، حيث أنها تكون مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بحالة السعادة والاسترخاء والزهو(Euphoria) التي يشعر بها عند لجوئه إلى المادة وعادة ما يترجمها بالمزاج العالي الذي يعمل على تحرير المخ والجسم من أية معاناة أو حزن أو ألم، فيقوم بإرسال اشارات إلى الجسم توهمه بالسعادة والإسترخاء، وعندما يتوقف هذا الأثر يبدأ المخ بإرسال إشارات يسيء فهمها الجسم بأن المادة التي كانت تمده بالسعادة والإسترخاء لم تعد موجودة، فيشعر الفرد بأنه شخص غير طبيعي وتحدث العديد من التغيرات أهمها التغير والتقلب المزاجي الحاد وما يصد ر عنها من أنماط استجابات انفعالية غير سارة (Dysphoria)، ففي البداية يصدر منه ما يعكس فرط سعادته ثم بعدها يصدر ما يعكس همه وحزنه.

وبناءاً على ذلك تأتي هذه الدراسة للكشف عن أنماط الإستجابات الانفعالية المميزة للمدمنين على الكحول مقارنة بغير المدمنين في مدينة عمّان والإجابة على الأسئلة التالية.

أسئلة الدراسة

1. ما هي أنماط الإستجابات الانفعالية لدى أفراد عينة الدراسة ككل؟

2. هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في أنماط الإستجابات الانفعالية لدى مدمني الكحول مقارنة بغير المدمنين في مدينة عمان، تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية المتمثلة بـــ (العمر، الحالة الإجتماعية، الحالة الوظيفية، الدخل، والمستوى التعليمي) ؟

أهمية الدراسة

يمكن تلخيص أهمية الدراسة بالآتي :

1 -تكمن أهمية الدراسة في كونها تسلط الضوء على قضية نفسية هامه، يتم فيها تقديم مزيد من المعلومات عن أنماط الإستجابات الانفعالية الثلاثة: النمط الانفعالي السّار المفرط Euphoria، النمط المتوازن Refracteria، النمط الانفعالي غير السّار المفرط Dysphoria لدى عينة من المدمنين على الكحول، حيث ستفيد ذوي الإختصاص في

الجانب التطبيقي للممارسة الإكلينيكية في التقييم والتشخيص وعمل برامج تدخل وقائي وتطوير خطط علاجية وإعادة التاهيل.

2 - من المؤمل أن تفيد نتائج الدراسة بإثراء الجانب النظري بمعلومات مفيدة عن أنماط الإستجابات الانفعالية لدى المدمنين مقارنة بغير المدمنين.

ستقدم هذه الدراسة خدمة للباحثين والمهتمين في مجال الدراسات، ويمكن أن تكون مؤشراً وحافزاً إلى بحوث مستقبلية معمقة وشاملة.

التعريفات النظرية والإجرائية لمتغيرات الدراسة

في ضوء مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة فقد تم تعريف متغيرات الدراسة على النحو الآتي:

أنماط الإستجابات الانفعالية: هي إستجابات الفرد الانفعالية للمثيرات السّارة و الوسيطة وغير السّارة الموجودة في البيئة المادية–الإجتماعية المحيطة به، وتتمثل في ثلاثة أنماط:

- **النمط الانفعالي السّار المفرط (Euphoria):** هي الإستجابات الانفعالية السّارة الزائدة، والتي تتمثل في الفرح، السرور، والبهجة الزائدة أو ما تسمى النشوة.

- **النمط الانفعالي المتوازن (Refracteria):** وهي تعبر عن الإستجابات الانفعالية المتوقعة والمرغوب بها، والموجهة من الداخل.

- **النمط الانفعالي غير السّار المفرط (Dysphoria):** هي الإستجابات الانفعالية السلبية أو غير السّارة الزائدة، والتي تتمثل في الحزن، اليأس، القنوط، الكدر، الإستياء، وعدم البهجة (بني يونس، قيد النشر).

أما **التعريف الإجرائي للإستجابات الانفعالية**: فهي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص من خلال إجابته عن فقرات مقياس أنماط الإستجابات الانفعالية لمثيرات المحيط الفيزيائي.

تعريف المدمن (Addict): هو شخص لم يستطع أن يتفاعل ويتكيف مع ظروف حياته، فسكن في الإدمان الذي يتمثل في اعتماده على مادة كيمائية أو طبيعية أدت إلى تعطيل قدرته على تحقيق وظائفه النفسية أو الجسمية، ونشوء رغبة ملحة في تناول المادة بحيث لا يستطيع أن يستغني عنها (أبو الخير، 2013).

الكحول (Alcohol): مركب كيميائي عضوي (Organic) يكمن أساسه في مادة الإيثانول (Ethanol) رمزه الكيمائي C2H5OH، وهو سائل يشبه الماء أي أنه شفاف عديم اللون له رائحة عطرية مميزة وطعم نفاذ لاسع يغلي عند درجة 78.3 سيليزي ويمتزج مع الماء بجميع النسب وهو قابل للإشتعال، ويتبع الكحول في التقسيم الكيميائي لمجموعة من المركبات المتشابهة كيميائياً تسمى الكحوليات (Alcohols) (الزراد،2009).

الإدمان على الكحول: الشخص الذي لديه إدمان نفسي وجسمي مع وجود رغبة لتناول الكحول بشكل يومي وعدم القدرة على التوقف عن استهلاك كميات كبيرة منه، حتى يطور الفرد قدرة عالية على التحمل (Toleranc) وتظهر لديه أعراض انسحابية عند الإمتناع عن الشرب (Withdrawal symptoms).

غير المدمن على الكحول: هو الشخص الذي لا يتناول أي نوع من الكحول.

محددات الدراسة

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة من مدمني الكحول مقيمي أو مراجعي مديرية الأمن العام/ إدراة مكافحة المخدرات، المركز الوطني لتأهيل المدمنين، مستشفى الرشيد للطب النفسي والإدمان، وعيادة الدكتور محمد الدباس، وغير المدمنين من طلبة الجامعات وموظفي أماكن العمل في مدينة عمان، مما يصعب تعميم النتائج على بقية المستشفيات والمراكز والعيادات الأخرى.

الفصل الثاني

الإطار النظري و الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري

الإدمان على الكحول وتعريفه

يعد الإتفاق على تعريف محوري للإدمان على الكحول محيّر ومربك، لأنه توجد حالات كثيرة مختلفة يمكن تشخيصها على أنها إدمان على الكحول.

حيث يرى بني يونس (2002) بأن الإدمان على الكحول هو مرض واستخدام قهري يتمثل في إدمان الفرد وولعه المفرط في تناول الكحول الإيثانولي بأشكاله المتعددة.

وكما ورد في (الزرّاد، أبو مغيصيب،2001) أن الإدمان على الكحول هو: الميل الشديد إلى الكحول ونشوء عادة استعماله بصورة ملّحة، وإعتبارة شيء لا يستغنى عنه، بحيث يتطلب ذلك من الشخص المدمن تعاطي مقادير متزايدة من الكحول للحصول على التأثير المطلوب.

وكثير اً ما تتردد على مسامعنا كلمة الكحولية أو الإدمان على الكحول، لكنه يوجد شك حيال معناها: هل تعتبر الشرب الثقيل أم أنها تتعلق بكمية الكحول أو بجوانب أخرى، فالمشكلة الكامنة في تحديد تعريف محدد تتمركز في وصف وتحديد العناصر الأساسية التي يجب وضعها في التعريف، لذلك نشأت نماذج أساسية تساعدنا في فهم معنى الإدمان على الكحول بشكل أكبر:

1. منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO):

تعرف منظمة الصحة العالمية بأن الإدمان على الكحول هي: حالة نفسية أو عضوية تنتج من تفاعل الكحول في جسم الإ نسان، وينتج عنها ما يسمى بالتعلق أو الإدمان، كما وينتج أنماط سلوكية وانفعالية مختلفة تشمل الرغبة في زيادة الشرب للإحساس بالآثار النفسية المطلوبة أو لتجنب حالة الضيق أو عدم الإرتياح، وأيضاً نشوء حاجة ورغبة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها والسعي الجاد للحصول على المادة بأي وسيلة ممكنة (الزرّاد، أبو مغيصيب،2001).

2. الرابطة الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association (APA):

يقوم الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية الطبعة الخامسة Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) الذي أصدرته الرابطة الامريكية للطب النفسي (APA) بالتركيز على المعايير التشخيصية للإضطرابات المرتبطة بتعاطي المواد والإدمان Substance-Related and addictive disorders ومنها إضطرابات إستخدام الكحول Alcohol Related Disorder وتتضمن: الإنسمام بالكحول Alcohol Intoxication و إنسحاب الكحول Alcohol Withdrawal.

معايير تشخيص اضطرابات إستخدام الكحول

إضطرابات إستخدام الكحول Alcohol Use Disorder :

أ -يؤدي إستخدام الكحول بنمطه المشكل إلى عجز أو كرب ذي دلالة إكلينيكية، مما يظهر بوضوح في إثنين على الأقل من الآتي والتي تحدث خلال فترة 12 شهر:

1 -غالباً ما يتم تناول الكحول بكميات أكبر أو لفترات أطول من المفروض.

2 -تكون هنالك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة في السيطرة أو التخلص من إستخدام الكحول.

3 -يتم بذل الكثير من الوقت في النشاطات اللازمة للحصول على الكحول أو استخدام ه أو التشافي من آثاره.

4 -اللهفة أو الرغبة الشديدة في إستخدام الكحول.

5 -إستخدام الكحول المتكرر يؤدي إلى الفشل في الوفاء بأغلب الإلتزامات المطلوبة في العمل والمدرسة والبيت.

6 -استمرار إستخدام الكحول على الرغم من تواصل حدوث مشاكل إجتماعية وشخصية

التي تتفاقم كآثار لإستخدام الكحول.

7 -الإقلاع عن أو التقليل من الأنشطة الإجتماعية والمهنية والترفيهية الضرورية بسبب إستخدام الكحول.

8 -استمرار إستخدام الكحول في المواقف التي تشكل خطورة جسمية.

9 -استمرار إستخدام الكحول على الرغم من العلم بوجود مشكلة نفسية أو جسمية تكون على الأغلب نتجت أو تفاقمت بسبب إستخدام الكحول.

10 - **التحمل** كما هو محدد بأي من الآتي:

أ -الحاجة إلى زيادة كمية الكحول بدرجة ملحوظة للوصول إلى الإنسمام أو التأثير المرغوب.

ب تناقص التأثير بدرجة ملحوظة عند الإستمرار في إستخدام نفس الكمية من الكحول.

11 - **الإنسحاب** كما هو مبين في الآتي:

أ -متلازمة الإنسحاب المميزة للكحول (إشارة إلى المعايير أ و ب المبينة في إنسحاب الكحول)

- يؤخد الكحول (أو أي مادة ذات صلة وثيقة مثل بنزوديازي بام) لتخفيف أو تجنب أعراض الإنسحاب.

حدّد ما إذا كان:

في هدأة مبكرة: إذا لم تتوافق المعايير الكاملة لإضطرابات استخدام الكحول المتقابلة سابقاً، ولم تتوافق أية واحدة من معايير اضطرابات استخدام الكحول على الأقل لثلاثة أشهر ولكن لفترة أقل من 12 شهراً (باستثناء المعيار 4 في أ "اللهفة أو الرغبة الشديدة لإستخدام الكحول" التي يمكن أن تتوافق).

في هدأة مستمرة: إذا لم تتوافق المعايير الكاملة لاضطرابات إستخدام الكحول المتقابلة سابقاً، ولم تتوافق أية واحدة من معايير إضطرابات إستخدام الكحول في أي وقت خلال فترة الـــ 12 شهر أو أكثر (باستثناء المعيار 4 في أ "اللهفة أو الرغبة الشديدة لإستخدام الكحول" التي يمكن أن تتوافق).

حدّد ما إذا كان:

في بيئة منضبطة: يستخدم هذا المحدد الإضافي إذا كان الفرد في بيئة الوصول إلى الكحول أمراً مقيّداً.

تحديد الشدّة الحالية:

خفيف : وجود 2-3 أعراض.

متوسط : وجود 4-5 أعراض.

شديد : وجود 6 أعراض أو أكثر.

تابع لمعايير تشخيص إضطرابات إستخدام الكحول

التسمم الكحولي Alcohol Intoxication :

أ -حدث تناول للكحول مؤخراً.

ب- تغيرات سلوكية نفسية واجتماعية إكلينيكية هامة محدثة للمشاكل (مثل: السلوك الجنسي غير الملائم أو العدوانية أو تقلب المزاج أو ضعف إصدار الأحكام) التي تتطور خلال شرب الكحول أو بعده بفترة قصيرة.

ت- واحدة (أو أكثر) من العلامات الآتية تحدث أثناء استخدام الكحول أو بعده بفترة قصيرة.

1 -تداخل مقاطع الكلام Slurred speech (الغمغمة).

2 -عدم التوافق الحركي Incoordination.

3 -الترنح في المشي Unsteady gait.

4 -رأرأة العين Nystagmus (تذبذب المقلتين السريع واللاإرادي).

5 -خلل في الإنتباه والذاكرة Impairment in attention or memory.

6 -ذهول أو غيبوبة Stupor or coma.

ث- علامات أو أعراض أخرى لا تعزى إلى أية حالة طبية ولا توصف كإضطرابات عقلية أخرى بما في ذلك التسمم بمادة أخرى.

انسحاب الكحول Alcohol Withdrawal :

أ- التوقف (أو الإقلال) من إستخدام الكحول الكثيف والممتد لفترة زمنية طويلة.

ب- إثنان (أو أكثر) من الآتي يتطور خلال عدة ساعات إلى بضعة أيام بعد إيقاف (أو تقليل) إستخدام الكحول تم شرحه في المعيار أ:

1 -زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (مثل: التعرق أو زيادة النبض لأكثر من مائة نبضة في الدقيقة) Automatic hyperactivity.

2 -رعشة زائدة باليدين Increased hand tremor.

3 -أرق Insomnia.

4 -غثيان أو تقيؤ Nausea or vomiting.

5 -هلاوس أو خداعات حسية Illusions بصرية أو لمسية عابرة Transient visual، tactile، or auditory hallucinations or illusions .

6 -تهيج نفسحركي Psychomotor agitation.

7 -قلق Anxiety.

8 -نوبات صرع كبرى Generalized tonic–clonic seizures.

ج- العلامات والأعراض في المعيار ب تسبب كرب أو عجز دال إكلينيكياً يؤثر في المجالات الإجتماعية والمهنية أو غيرها من المهام الضرورية.

د- العلامات أو الاعراض التي لا تعزى الى أية حالة طبية أخرى ولا يمكن وصفها كإضطرابات عقلية أخرى بما في ذلك التسمم أو الإنسحاب جراء أية مادة أخرى.

حدد ما إذا كان:

مع إضطرابات في الإدراك الحسي: ينطبق هذا المحدّد كمثال في حالات الهلوسة (عادة البصرية واللمسية)، والتي تحدث في اختبار الواقع السليم أو الوهم السمعي أو البصري أو اللمسي الذي يحدث عند غياب الهذيان.

وقد يحدث تداخل أو خلط بين مصطلحات الإدمان والإعتماد والتحمل والإنسحاب وسوء الإستخدام، هذا طبيعياً بسبب وجود علاقات وتفاعلات وثيقة يصعب الفصل بينها، واستبدلت منظمة الصحة العالمية (WHO) مصطلح الإدمان (addiction) بمصطلح الإعتماد (dependence)، فيعتبر مصطلح الإدمان مرادف أو بديل لمصطلح الإعتماد، واكتسب المصطلح الجديد خصائص المصطلح القديم (الرشيدي وآخرون،2000).

كما أشارت الباحثة سابقاً أنه ممكن استعمال كلمة إعتماد بمعنى الإدمان، والإعتماد على المادة نقصد بها: المواد المغيّرة للمزاج والتي هي خارج الإستعمال الطبي، وهي الأكثر شيوعاً واستعمالاً، وبهذا يكون نفس تعريف الإدمان وتضاف له بعض النقاط الأساسية : مثل رغبة قوية وملّحة في تناول المادة والبحث عنها في كل الوسائل وذلك لتفادي الآثار المزعج ة بسبب عدم توفرها والرغبة في زيادة الجرعة بإستمرار، مما يؤدي إلى حدوث إدمان نفسي وجسمي، حيث تظهر أعرض نفسية وجسمية لكل عقار عند الإنقطاع عنه لسبب ما (الزرّاد،2009).

3. تصنيف جيللينك Jellinek Classification:

يعتبر تصنيف جيللنيك أن تناول الكحول هو مرض Disease، ويعرف الإدمان على الكحول على أنه: أي تناول للمشروبات الكحولية يسبب ضرر للفرد والمجتمع.

وكلمة ضرر تشمل أضرار نفسية، إجتماعية، إقتصادية، وغيرها، وهذا المفهوم ساعد جيللنيك على تحديد خمسة أنماط للإدمان على الكحول كالتالي:

- **الإدمان على الكحول من نمط ألفا Alpha Alcoholism:** وهي حالة من الإستخدام غير المنتظم لشرب الكحول وذلك للتخفيف من الآلام النفسية والجسمية ولا توجد صعوبة للتوقف عن الشرب.

- **الإدمان على الكحول من نمط بيتا Beta Alcoholism:** وهي حالة غير منتظمة ومتكررة، يرافقها أعراض جسمية مثل إلتهاب المعدة، لا يحدث فيها إعتماد جسمي ولا تظهر لدى الفرد أعراض الإنسحاب.

- **الإدمان على الكحول من نمط جاما Gamma Alcoholism:** هي الرغبة الشديدة في الشرب Dipsomania، حيث يفقدون القدرة على التحكم في الشرب إلى أن يصلوا لحالة الذهول أو الإنشداه أو يشعرون بالجهد والتعب إلى جانب فقدان القدرة على الضبط والتحكم والوقوف، كما تظهر فيها زيادة تحمل Tolerance أنسجة الجسم للكحول، وتظهر أيضاً أعراض الإنسحاب مع وجود إدمان نفسي وجسمي.

- **الإدمان على الكحول من نمط دلتا Delta Alcoholism:** تظهر الأعراض السابقة نفسها، لكن نادراً ما يصلون إلى حالة الذهول أو الإنشداه، مع وجود إدمان نفسي وجسمي، وظهور أعراض الإنسحاب.

- **الإدمان على الكحول من نمط الإبسيلون Epsilon Alcoholism:** حالة من الرغبة الشديدة في الشرب مع الإفراط في الجرعة وتكون بشكل دوري، مع وجود إدمان نفسي وجسمي، وتظهر أعراض الإنسحاب، لكن تكون هذه الأعراض أشدّ من نمط دلتا (الرشيدي وآخرون، 2000; الزراد،2009).

أنواع الإدمان

وهناك نوعين من الإدمان :

أ ــ الإدمان النفسي (Psychological addiction):

هو حالة تعوّد الفرد على تناول مادة وذلك لما ينتج عن تناولها شعور بالإرتياح النفسي والعاطفي والفكري، فيتولد الدافع النفسي لتناول المادة بصورة دورية لتحقيق اللّذة والراحة النفسية وتجنب الشعور بالإنزعاج والقلق والخوف والتوتر، فالعلاقة بين تناول المادة والشعور بالراحة واللذة هي علاقة ارتباطية أو اقتراني ة (conditioning)، والإدمان النفسي يولد رغبة قوية في تناول المادة عند حدوث ظروف معينه أو وجود قلق وتوتر وخوف ولذلك للحصول على النشوة والزهو، حيث أن الإنقطاع المفاجئ عن تناول المادة سيؤدي إلى الإنزعاج الشديد وفقدان الراحة النفسية.

ب ــ الإدمان الجسمي (physical addiction):

هو حالة تكيّف وتعود على المادة بحيث تصبح ضرورية للجسم للقيام بوظائفه، ومنع هذه المادة عن الجسم يصبح مُضراً ب ه وبالوظائف الحيوية المهمه، مما يعرّض الفرد إلى أعراض خطيرة تظهر بصورة إضطرابات نفسية قد تدفعه إلى ارتكاب الجرائم أو أعراض عضوية شديدة ربما تسبب له الموت المفاجئ (حمّاد، 2004; المشاقبة، 2012).

تعريف الكحول

الكحول كلمة عربية وهي تحريف لكلمة (غَوْل) الأصل من الاغتيال والتي تعني روح الخمرة ووصفها العرب بأنها تغتال العقل، وورد في القرآن الكريم وصف خمر الجنة بأنها لا غول فيها والآية الكريمة تشير إلى ذلك :(لا فِيهَا غَوْلٌ وَلا هُمْ عَنْهَا يُنزَفُونَ) (سورة الصافات آية 47)، أي أنها سالمة من غول العقل وذهابه ونزفه ونزف مال صاحبه، وليس فيها صداع أو كدر (السعدي، 2000; الزرّاد،2009).

عرف الإنسان الكحول قديماً واكتشفها صدفة فاستعملها وأدرك تأثيرها حيث أنها مثيرات باعثة على السرور تعدل المزاج وتذهب التعب، وهي مادة طبيعية يمكن الحصول عليها من أي

خليط يحتوي مادة السكّر، فكان الإنسان يقوم بتخمير الفواكة مثل العنب والتمر والتين والتوت والكرز، ويكمن أساس الكحول في مادة الإيثانول (ethanol) رمزه الكيميائي C2H5OH وهو الكحول الإيثيلي (Ethyl alcohol) الموجود في المشروبات الكحولية حيث يتكون من نتاج تحللي وتعفني للمواد الكربوهيدراتية النباتية، ويحدث التأثير الكحولي بمساعدة وجود فطريات الخمائر المضافة إلية إما طبيعياً أو صناعياً بواسطة الإنسان، وتخضع خصائص المشروب الكحولي للتعديل بواسطة مواد متجانسة حيث أنها تؤثر في نكهة ومذاق المشروب وتضاف بكميات متناسبه مع الكحول الإيثيلي ويعتقد أنه تزيد من حالة التسمم الناتج عن تناول الكحول وتنتج حالة السكر الشديد hangover (الرشيدي وآخرون،2000).

أنواع الكحول

للكحول أنواع كثيرة، فهي تختلف من مكان لآخر في العالم من حيث تحضيرها ونسبة الكحول فيها وكمية استهلاكها وثقافة الشرب الموجودة في البلد، فمن أهم أنواعها:

1. **الكحول العادية:** أساسها يكمن في تخمير الفواكة أو الحبوب مثل: النبيذ يستخرج من تخمير الفواكة التي تحتوي على السكريات وخاصة العنب، وتختلف نسبة الكحول من نوع إلى آخر منها النبيذ الحلو، النبيذ الحامض (المز)، النبيذ المخلوط، وفي اليابان يوجد شراب السيك Sake يطلقون علية اسم نبيذ الأرز، أما البيرة فتستخرج من تخمير الحبوب خاصة الشعير بعد تحول النشا إلى سكر، وتوجد للبيرة أنواع أخرى أيضاً.

2. **الكحول المقطّرة:** تستخرج من تقطير الكحول العادية السابقة ومنها: العرق يستخرج من خمر العنب، الويسكي يستخرج من تقطير خمر الحبوب كالقمح والشعير، الشامبانيا تستخرج من تخمير وتقطير عصير التفاح، والرم يستخرج من تخمير وتقطير عصير قصب السكر أو العسل الأسود.

3. **الكحول المركّبة:** وهي كحول تم مزجها أثناء تصنيعها مع مواد أخرى معطرة مثل النعناع واليانسون (الزرّاد، 2009).

وكما ورد في (الزرّاد، 2009) و (Dasgupta,2011) الجدول رقم (1) يوضح أسماء بعض من المشروبات الكحولية والمواد المستخرجة منها ونسب الكحول فيها:

جدول (1)

أسماء المشروبات الكحولية والمادة المستخرجة منها ونسب الكحول فيها

الرقم	أسماء المشروبات الكحولية	المادة المستخرجة منها	نسبة الكحول
1.	النبيذ Wine	تخمير العنب	8 – 12 %
2.	البيرة Beer	تخمير الشعير	2 – 8 %
3.	العرق Liquor	خمر العنب	50 %
4.	الويسكي Whiskey	تقطير خمر القمح والشعير	40 – 55 %
5.	الشامبانيا Champagne	تقطير خمر عصير التفاخ	18 %
6.	فودكا Vodka	الشعير، قصب السكر أو البطاطا	40 – 50 %
7.	تكّيلا Tequila	الصبّار (الصبّار الازرق)	40 – 45 %
8.	رم Rum	قصب السكر	40 – 57 %
9.	جين Gin	الشعير والحبوب الأخرى والعرعر والتوت	38 – 45 %
10.	بربون Bourbon	الذرة	40 – 55 %
11.	براندي / كونياك Brandy/cognac	نبيذ العنب المقطر	40 – 65 %

العوامل المؤدية للإدمان على الكحول

إن أسباب تعاطي الكحول والإدمان عليه من المشاكل الشائكة، إذ يرى علماء النفس أن إدمان الكحول يعود لإضطراب نفسي كامن أو ظاهر، أما علماء الاجتماع فيرون أنه يرجع لأسباب إجتماعية أو حضارية، أما علماء الطب والوراثة فيرجعون أسباب الإدمان إلى استعداد وراثي أو لإضطراب عضوي ناجم عن استخدام الكحول، فمن أهم الأسباب :

1ـ العامل الوراثي: يركز على دور الوراثة في نشوء الإدمان، والجينات هي الوسيلة المباشر ة للوراثة، حيث تساهم في وجود المشكلة عند بعض الأسر والأفراد دون غيرهم.

2ـ العامل النفسي: وجود إضطرابات نفسية يعاني منها الفرد لأسباب مختلفة، الصدمات النفسية الشديدة ، القلق ، الخوف، التوتر، سمات شخصية المدمن، الإحباط .

3- العامل الصحي والأمراض والآلام الجسمية المزمنة.

4- عامل التهيؤ للإدمان أو الإستعداد الفسيولوجي.

5- العامل الإجتماعي: مثل رفاق السوء، وجود أوقات الفراغ، تقليد الآخرين.

6- العامل الأسري: الطلاق، تفكك الأسرة، عدم رعاية الأسرة للأولاد، وجود فرد مدمن في الأسرة، الحماية الزائدة.

7- العامل الإقتصادي: البطالة، الفقر، تجارة المخدرات ، الوفرة المادية.

8- العامل التربوي: ضعف التنشئ وسوء التربية الأسرية، الجهل، ضعف التوجيه التربوي، الإخفاق في الدراسة.

9- العامل الديني: ضعف الوازع الديني والأخلاقي وضعف التربية الدينية.

10- العامل الإعلامي: عدم وجود توعية إعلامية عن مخاطر الإدمان.

11- العامل القانوني: ضعف الرقابه والقانون وخاصة على تصنيع المواد.

12- وهناك عوامل أخرى يصعب حصرها منها: الحروب والكوارث، والجانب الثقافي والفكري للفرد المدمن.

والدراسات الحديثة في مجال الإدمان ترى بأن الإدمان محصلة تفاعل ثلاثة عوامل وهي: المادة التي يتناولها المدمن، طبيعة وشخصية الفرد المدمن، والعوامل البيئية المحيطة بالفرد (غنيم، 2002 ; الزرّاد، 2009).

خصائص المدمن على الكحول

يعتبر الشخص مدمناً إذا مر في مرحلة الإدمان النفسي والجسمي، وهي مرحلة تتميز في الأعراض السريرية (clinical symptoms) التالية:

1. عدم قدرة الفرد على التوقف عن تناول المادة لعدة ساعات أو أيام وذلك بسبب وجود حث داخلي وحاله من الإشتياق واللهفة على المادة يدفعه لتناولها مرة أخرى.
2. رغبة مستمرة إلى زيادة تناول كميات من المادة.
3. حدوث آلام ومضاعفات نفسية و جسمية في حالة التوقف عن تناول المادة وهي الأعراض الإنسحابية مثل: الإحباط والقلق والإكتئاب، صداع، زيادة سرعة نبضات القلب، التعرق، رعشة زائدة باليدين، هلاوس بصرية أو لمسية أو سمعية عابرة.
4. حدوث اختلال في الشخصية وسماتها ونشاطها، وفي الأداء الإجتماعي والمهني والصحة الجسمية والوظائف الأخرى، حيث يكون ال تدهور واضحاً (أبو الخير، 2013).

مراحل الإدمان على الكحول

1. **مرحلة ما قبل الإدمان:** تحدث هذه المرحلة عند تعرض الفرد لأحداث سارّة Social drinking أو ضغوطات وإحباطات متكررة وظروف صادمة، حيث يبدأ الفرد بتناول الجرعات الأولى وتكون بدوافع متعددة وتكثر عند المراهقين والشباب، فمعظم هؤلاء

الأفراد يشعرون بالراحة والنشوة والزهو، ويصبحوا أقل غضباً وقلقاً وخوفاً وإنزعاجاً، فيشعرون أن حالتهم النفسية أصبحت أفضل وتعدل مزاجهم، وهذه المشاعر المريحة تنمي لدى الفرد خبرات سابقة تعزز لديهم الرغبة على تكرار التجربة سواء في الظروف نفسها أم في ظروف أخرى مشابهة لها، لكي يحصلوا على المشاعر نفسها.

2. **مرحلة الإنذار بالإدمان:** شرب الكحول يكون بطريقة تتجاوز الإستعمال العادي، تتميز هذه المرحلة بشرب الكحول صباحاً أو لوحده دون الأصدقاء ودون المواعيد المعتادة لتخفيف من التوتر ورعشة الأطراف وخاصة اليدين، مع حدوث نوبات نسيان لما حدث أثناء فترة الإغراق في الشرب.

3. **مرحلة الإدمان على الكحول:** يصبح الفرد في هذه المرحلة غير قادر على التوقف عن شرب الكحول ولفترة تمتد عدة أشهر، مع عدم القدرة على التحكم في كمية الشرب، ويقوم بتكرار هذه التجارب في الشرب للحصول على المشاعر السارة والتخلص من المشاعر غير السارة، حتى يصل إلى مرحلة النسيان أو فقدان الإدراك Blackout، يبدأ يشعر بأن حالته تتطور إلى الأسوأ، فيأخذ جرعة بين الحين والآخر للإبقاء على الأحاسيس منها النشوة والزهو، فيلاحظ الفرد أن عادته في الشرب قد تغيرت، وزاد استهلاكه للكحول، ولم يعد يحصل على الأحاسيس السارّة كالنشوة والمتعة والإسترخاء، ويرافق ذلك أيضاً الشعور بالصداع والقلق والغثيان وآلام جسمية بسبب إلتهاب في المعدة، وتنتهي هذه المرحلة ويكون فيها الفرد شبه منتظم في تناول الكحول وليس لديه إرادة في التوقف عنه، كما تزداد خبرته بالكحول وأنواعه وتأثيراته، ويعاني من بعض الأعراض العقلية مثل توهم أشياء لا وجود لها، أو أنه ضحية، ويظهر سلوكات عدوانية وشاذة ويرتكب الجرائم، ويعيش في الخداع والتضليل والكذب والغش من أجل تأمين الكحول والحصول عليه بشتى الوسائل.

4. **مرحلة الإدمان المزمن:** أهم ما يميز هذه المرحلة هي أنها مرحلة إنهيار صحة الفرد وحدوث مضاعفات مثل تشمع الكبد بسبب تعاطي الكحول لسنوات ، حيث يتدهور الفرد عقلياً ونفسياً وصحياً واجتماعياً وأخلاقياً بسبب إشباع أنسجة الجسم بالمادة الكحولية، فتظهر عدة مضاعفات، أهمها:

أ – مضاعفات جسمية: زيادة درجة التسمم في الدم، ضعف في عضلات القلب، وتظهر التهابات المعدة، وتشمّع الكبد، نقص حرارة الجسم، احتباس البول، الإحساس بالتنميل والحرقان في الأيدي والأرجل بسبب إلتهابات الأعصاب المحيطية.

ب –مضاعفات عقلية: ظهور سلوكات شاذة ومضادة للمجتمع مع تدهور في الشخصية، وظهور الذهان والهذيان الإرتعاشي ، الهلاوس الكحولية، العته الكحولي، ذهان كورساكوف، إلتهاب الدماغ الفيرنيكى، مرض مارشيافافا، والضلالات البارانويدية.

ت –مضاعفات اجتماعية: يصبح الفرد منعزلاً ويفقد اهتماماته وطموحاته وتهبط ثقته بنفسه، وتسوء علاقاته مع العائلة والأصدقاء والعمل، وإذا لم يتعالج قد ينتحر أو يصاب بغيبوبة تؤدي به إلى الموت (عكاشة،عكاشة، 2010).

أنماط التعاطي المرضي للكحول

1. **المتعاطي المعتمد على الكحول Alcohol Dependence drinker:** هو الفرد الذي يتناول الكحول كوسيلة للتخفيف من الضغوطات والأزمات التي يمر بها، حيث لا تظهر علية أعراض الإعتماد ولا يفقد السيطرة على نفسه، وقد تتطور هذه الحالة إلى الكحولية المزمنة Chronic Alcoholism حتى لو كانت الضغوطات التي يمر بها غير مستمرة.

2. **متعاطي النبيذ Wine drinker:** يتوافر مشروب النبيذ في العديد من البلدان ويتواجد على المائدة بشكل روتيني مثل فرنسا وإيطاليا، فبعض الأفراد يعانون من حالة السكر البسيط أو التسمم بشكل دائم Constant mild intoxication.

3. **المتعاطي المندفع Compulsive Alcoholic:** هو الفرد الذي إذا توافر له المشروب يشرب بشكل مفرط حتى يفقد الوعي، ويلاحظ ذلك عند بعض العرب وسكان كندا والأمريكان.

4. **المتعاطي للعلاج أو المتعاطي الثانوي Treatment or secondary type:** هو الفرد الذي يتناول الكحول لعلاج آلام جسمية أو أمراض نفسية، كالأعراض الذهانية وإضطرب المزاج والقلق والمخاوف المرضية.

5. **المتعاطي المنتظم Periodic drinker:** هو الفرد الذي يتناول الكحول في ظروف وأوقات محددة مثل نهاية الأسبوع.

6. **المدمن الكحولي Chronic Alcoholic:** هو الفرد الذي يقوم بالشرب المتكرر للكحول حتى يصل إلى درجة إعاقة الوظائف النفسية والجسمية والإجتماعية والاقتصادية والأسرية، وتتغير الشخصية إلى الأسوء (الزرّاد،2009).

النظريات التي تناولت تفسير الإدمان:

هناك عدة نظريات حاولت تفسير الإدمان، ومن أهم النظريات :

1. **النظريات النفسية Psychological Theories :**

- **نظرية الشخصية Personality theory**

يعتبر علماء النفس أن سمات شخصية الفرد المدمن أو الشخصية الإدمانية Addictive personality قد تكون من إحدى العوامل التي تقود الفرد للإدمان، وأن الإدمان لا يحدث فجأة بل هناك عوامل تساعد في ظهوره، فهناك سمات مميزة للفرد المدمن من أهمها:

1. عدم القدرة على تحمل الضغوطات أو الفشل أو أي إحباطات.
2. تقلب سريع للمزاج.
3. وجود مشاعر عدوانية.
4. عدم وجود نضج عاطفي.
5. ظهور بعض السلوكات غير السوي.
6. يعانون من المخاوف والقلق.
7. الشك بالآخرين والكذب والنكران للواقع.
8. سهولة تأثرهم بالآخرين وتقبلهم للإيحاء.
9. إحساسهم بالعزلة مع انعدام الثقة بالنفس وعدم إحترام الذات وعدم القدرة على الإستقلال.
10. وكنتيجة لتعاطي الكحول يحدث نقص في الإنتاجية وزيادة الأخطاء.

جميع هذه السمات قد تظهر في الشخص العادي لكنها تختلف عن الفرد المدمن من حيث الوضوح والشدّة، فحاول علماء النفس الكشف عن هذه السمات وتحديد علاقتها بالإدمان، فوجدوا أن بعض منها كان غريباً أو شاذاً موجود قبل الإدمان ولكن لا يوجد نمط ثابت للشخصية يسبق الإدمان فهم مختلفين من حيث العمر والجنس والطبقة الإجتماعية والتعليم ولكنها قد تكون سرعت من الدخول في الإدمان، والدراسات الحديثة تؤكد على أن الإدمان ينشأ من تفاعل عدة ظروف (الزراد، 2009).

- **نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theory**

ترى نظرية التحليل النفسي أن الإنسان هو شخص انفعالي عاطفي، يسعى إلى وجود إتزان بين القوى الداخلية المتمثلة (بالدوافع والغرائز والرغبات)، والقوى الخارجية (البيئة)، وترى أن شخصية الفرد تتشكل في الخمس سنوات الأولى من العمر، وأن سلوك المدمن راجع إلى التثبيت Fixation في المرحلة الفمية Oral stage بسبب الحرمان وعدم اشباع الدوافع المتعلقة بالطعام والشراب حيث أنه لم يحصل على الإشباع في المرحلة الفمية، وتفسر سلوك الإدمان على الكحول على أنه سلوك غير سوي يقوم به الفرد ليحقق رغبة عميقة ويحصل على السعادة والراحة ويهرب من الألم، ويدفع الصراع بين الهو ID والأنا EGO والأنا الاعلى Super-ego الفرد لتناول الكحول للتخلص من الصراعات الداخلية والمعاناة التي يواجها من القلق والمشاعر المزعجة، ويحدث أيضاً بسبب وجود إحباط خارجي external frustration أو كف داخلي internal inhibition، حيث تؤدي نتائج الإحباطات إلى حدوث توتر وبالتالي إلى نكوص Regression، وقد أرجع فرويد الإدمان إلى أنها طريقة للحصول على اللذة وإشباعها، والإدمان ينم عن وجود سوء تكيّف وشخصية عاجزة ترغب في إشباع رغباتها وحاجاتها الداخلية بشكل فوري، فنشأة مشكلة الإدمان لا تتحدد فقط في الراحة أو النشوة التي تسببها المادة بل تتأثر بعامل التهيؤ للإدمان في شخصية الفرد (الرشيدي،2000).

- **النظرية السلوكية Behavioral Theory**

توضح النظرية السلوكية سلوك الإدمان من خلال عدة نماذج للإدمان منها:

أ -**نموذج خفض دافع التوتر:** يفسر هذا النموذج سلوك الإدمان من خلال خفض دافع

التوتر الذي يعاني منه الفرد، فإنطلاقاً من مبدأ التعزيز في خفض التوتر يعتبر شرب الكحول بمثاة استجابة تعزيزية تتكرر كلما شعر الشخص بالتوتر إلى أن يصل إلى مرحلة لا يهمه مشاعر الإبتهاج والنشوة، وإنما حصوله على حالة إعادة التوازن الفسيولوجية نتيجة إعتماده الجسمي على الكحول، فشرب الكحول يصبح هو المعزز لأنه يؤدي إلى خفض التوتر.

ب **الاشراط الإجرائي:** تفسر هذه النظرية الإجراء أو السلوك الذي يقوم به الفرد تحت ظروف معينه لتعلم نمط معين من السلوك المعزز، كما وتفسر الدور الهام الذي يقوم به التعزيز في تطور سلوك الإدمان واستمراره واعتباره سلوك متعلم، فيمر الفرد في حياته في العديد من المواقف و المثيرات سواء إيجابية أو سلبية فيعاني من التوتر والحزن والألم والخوف والضيق وغيرها، فالإستجابة تكون بتناول الكحول حيث أنه مثير باعث على إعطاء الفرد مشاعر إيجابية سارّ ة تزيل الحزن والقلق وتبعث على السعادة والإسترخاء، فيلعب التعزيز هنا دور كبير في تحقيق التعلم المرغوب (يتعلّم الفرد أن الكحول هو معزز إيجابي قوي يزيل الخوف والقلق ويبعث على السعاده)، فشرب الكحول هي إستجابة متعلمه للتعامل مع المواقف والمشاكل للتخفيف من حدة ما يعانيه الفرد من مصاعب وصراعات نفسية (الرشيدي، 2000; الزراد، 2009).

- **النظرية السلوكية المعرفية Cognitive-Behavior Theory**

تركز هذه النظرية على السلوك الذي يقوم به الفرد في البيئة سواء سوي أم غير سوي، والمعرفة التي تتضمن الأفكار والجوانب الانفعالية ومعتقدات الفرد حول نفسه والطريقة التي يعزو بها أسباب سلوكه الإدماني سواء من مصادر داخلية أو خارجية / أو كان إيجابياً (مثل تحملهم مسؤولية فردية لسلوك الإدمان) أو سلبياً (لوم الأشخاص).

يتعرض الفرد للمثيرات البيئية سواء كانت مثيرات سلبية أو إيجابية أو وسيطة وينتج عنها أفكار عدة، فطريقة تفكير الفرد وإدراكه للأحداث والمواقف تعتبر مسؤولة عن ظهور السلوك وبالتالي الانفعال، فوراء كل سلوك أو انفعال أفكار ومعتقدات وقيم ومبادىء، فإذا كان إدراك الفرد وتفسيره للمواقف والأحداث بطريقة منطقية وصحيحة ومقبولة فإن السلوك سيكون مقبول والإنفعال أيضاً، أما إذا كان التفكير غير منطقي سينتج عنه سلوكات وانفعالات غير سليمة

وغير مقبولة (المشاقبة،2012).

و يمكن أيضاً تفسير دور العوامل المعرفية في حدوث التوقعات لدى الفرد ووجود علاقة بين الحدث والنتيجة المتوقعة، وهذا يسمى بنموذج التوقع: وهو إعتقاد الفرد بأن شرب الكحول يعود عليه بنتيجه إيجابية مرغوبة حيث أنه يمحو القلق ويزيد من الإسترخاء ويحدث مشاعر اللذة والنشوة، وهذه التوقعات يتعلمها الفرد من البيئة سواء من الأسرة أو الأقران وتنمو معه ويتفاعل معها.

- **نظرية التعلم الإجتماعي Social Learning Theory**

تقدم هذه النظرية تفسيرا للإدمان من منظور نفسي – اجتماعي، وتؤكد على دور المعرفة في حدوث التعلم، وتعتبر الإدمان سلوك متعلم يكتسبه الفرد من خلال تفاعله مع البيئة المحيطة، وتعزى بداية سلوك الإدمان إلى عدة أسباب منها:

ــ تأثير المادة على الفرد واعطاءه شعور بالراحة واللذة والنشوة (معزز إيجابي).

ــ اعتقاد الفرد بأن تناول المادة له تأثير مرغوب تتفق مع معايير الشخصية (الجانب المعرفي).

ــ النمذجة Modeling: أن الفرد يتعلم سلوك الإدمان من خلال ملاحظته للآخرين وتقليدهم، ويطلق عليها أيضاً التعلم عن طريق الملاحظة أو التعلم بالمحاكاة.

كما وتقدم هذه النظرية تفسيراً للإدمان من مبادئ التعزيز السلبي negative reinforcement، فالعديد من المدمنين يقومون بتجنب الآثار المزعجة لأعراض الإنسحاب (الناتج عن توقف تناول الكحول فجأة أو تقليل الكمية) عن طريق الإحتفاظ بنسبة تركيز الكحول في الدم بمستوى معين، حيث أنه كلما انخفض هذا المستوى كلما شعر المدمن بأعراض الإنسحاب، ويمكن تجنب حدوثها من خلال شرب المزيد من الكحول، وهذا التعزيز السلبي يزيد من احتمالية تناول الكحول الكثيف (الرشيدي،2000).

- **النظرية الحيوية – العصبية:**

تعمل الكحوليات في الجسم من خلال عمليات فسيولوجية كيميائية وينتج عن استهلاكها تغيرات كيميائية حيوية، حيث يوجد في الجهاز العصبي مواد كيميائية تسمى بالنواقل العصبية Neurotransmitters وهي: السيروتونين، الأستيل كولين، الدوبامين، الأدرينالين، والنورأدرينالين، وهذه النواقل توجد في النهايات العصبية Nerve endings وهي قادرة على إظهار ردود الفعل وقادرة على التحرر والإنتشار عند ظهور التنبي ه العصبي، ولهذه النواقل العصبية تأثير مثبط Inhibitor في الجسم، وقد تبين أن الكحول يؤدي إلى وجود خلل في عمل النواقل العصبية فيقوم بتغيير نشاطها من حيث كبح إفرازها أو تسريع انتقال السيّالات العصبية وبالتالي يؤدي إلى التغيير في عملية الإستقبال والترميز ومعالجة المعلومات للسيّالات العصبية، ويتركز التأثير الكحولي في الخلايا العصبية والوصلات العصبية Synapses، وتختزن النواقل العصبية في حويصلات خاصة موجود في نهاية جسم الخلية العصبية، فعندما تصل شحنة كهربائية من محور الخلية العصبية إلى الحويصلات في نهاية الخلية فإن الحويصلات تنتفخ وتطلق النواقل العصبية في فجوة الوصلة العصبية حتى يتم نقل الشحنة إلى الخلية العصبية المجاورة وتستقبلها مستقبلات خاصة Receptors في جسم الخلية العصبية، ومن هنا أطلق علماء الأعصاب نظرية المستقبلات التي تتكون من نوعين من المستقبلات :

المستقبلات من النوع الأول: تستقبل المادة الكحولية وتتفاعل مع هذه المادة وتقوم بعملها.

المستقبلات من النوع الثاني: هي مستقبلات ساكنة لا تتفاعل مع المادة الكحولية ولكن مع استمرار الفرد في تناول الكحول وزيادة الجرعات تنشط هذه المستقبلات وتصبح مستقبلة، وهذا بسبب ما أسميناه بالتحمل Toleranc وهي الرغبة والحاجة الملّحة لتناول كميات أكبر من الكحول.

والإيثانول من المواد السام ة التي تتميز بفاعليتها العالية بسرعة ذوبانها والإختراق السريع لأجهزة الجسم منها الجهاز العصبي المركزي والدماغ، فتناول كميات كبيرة قد يسبب الوفاة بسبب التسمم، ويتفاعل الكحول مع الجسم وتناوله يسبب إلتهابات المعدة من خلال استثارة إفرازات الغدة اللعابية والمعدية من خلال تهيج النهايات العصبية للطبقة المخاطية الأنفية والفمية والمعدية وبالتالي يحدث كف للإفرازات المعدية فيحدث إلتهاب المعدة.

تعمل الكحول أيضاً على توسع الأوعية الدموية في الجلد فيزداد التعرق ويفقد الفرد من حرارة الجسم وبالتالي تبطىء وتثبط من عمل بعض العمليات الكيميائية بسبب برودة الجسم.

وعند تناول الكحول تزداد نبضات القلب وتحدث سرعة في التنفس ويرتفع ضغط الدم، لكن مع تزايد كميات الكحول يحدث التثبيط في الجهاز العصبي ويبطء التنفس وينخفض ضغط الدم.

يؤثر الكحول على الوظائف العليا في المخ المسؤولة عن الضبط الذاتي والسلوك والمزاج فله فعالية عالية في الذوبان والإختراق السريع لحاجز الدم بالدماغ Blood-brain barrier، حيث أن التركيز الكحولي المنخفض في الدم يؤدي إلى حدوث حالات الفرح المفرط أو النشوة euphoria، أما التركيز الكحولي المرتفع في الدم يحدث الإكتئاب الشديد والإنزعاج dysphoria، والتركيز الكحولي المرتفع يؤثر أيضاً على الإدراك البصري ورأرأة العين والحركة بسبب تأثيره على المخيخ cerebellum والمسارات المخية الصاعدة والهابطه بين (المخيخ والمخ المستطيل والنخاع الشوكي)، فهي المسؤولة عن الوقوف والمشي والتوازن وحدوث الإرتعاشات في الأطراف (الزراد،2009).

وهنالك تفسير حيوي عصبي لحدوث حالتي الانفعال السار المفرط أو الانفعال غير السار المفرط، وهو أن الكحول يؤثر في عمل مضخات الشوارد العصبية (الصوديوم والبوتاسيوم) فيعمل على تقليل توريد الصوديوم عبر الأغشية العصبية لخلايا المخ وحصر الكالسيوم في الحويصلات، وينتج عنها إنسياب في نشاط الموصلات العصبية، فيؤدي إلى خلل في عملهم المسؤول عن توليد الطاقة الكهربائية للحفاظ على التوازن الأيوني الكهربائي في منطقة الوصلة العصبية، حيث أن تأثير الكحول على وظائف الخلايا العصبية يعتمد على عدد من العوامل أهمها: كمية الكحول، تركيزها في الدم، ونوع الكحول، وتعتبر منطقة القشرة المخية والجهاز اللمبي من أكثر الأماكن حساسية لتأثيرات الكحول ولها دور هام في الإعتماد عليه (بني يونس،2002).

تأثير الكحول في الجسد والعقل

يُعد الكحول (الإيثانول) المخدر الأقدم الذي استهلكه البشر للمتعة، ويمكن للكحول أن يؤثر على أجزاء مختلفة من عقولنا، ويزودنا بالإسترخاء والمتعة وضعف الكبح والنشوة .

الكحول في الدم

كما ورد في (Dasgupta,2012) يعد الكحول مهبطاً للجهاز العصبي المركزي حيث يعمل على الكبح أو التقليل، فبعد شرب كوب واحد من الكحول قد يصبح الشخص منطلقاً أكثر بالكلام وشاعراً بإسترخاء أكبر، إضافة لذلك، يطلق الكحول موصلات عصبية مثل الدوبامين؛ والذي يرفع من المزاج بنفس الممرات العصبية الخاصة بالتعزيز الإيجابي الذي يعطي المتعة بعد تناول الطعام، ويعمل الكحول على جعل دماغك يشعر بكبح أقل، والذي قد ينتج عنه تبادل المشاعر بشكل أعمق مع أصدقاءنا وعائلتنا.

وفي دراسة مهمة أظهرت أن أثر الكحول على العقل البشري يعتمد بشكل كبير على تركيز الكحول في الدم، فعند المستوى المنخفض للكحول في الدم (0.02–0.03%) عادة ما يشعر الناس بالإسترخاء ونشوة بسيطة مع بعض الضعف في القدرة على كبح السلوك والخجل، وعند المستوى المعتدل للكحول في الدم (0.04–0.06%) قد يخبر الشخص أثر النشوة والمتعة العائدة إلى الكحول، كأن يكون سعيداً وراضياً (Morgan, Badway.2001).

يحب الناس عادةً شرب الكحول بسبب قدرته على تعديل الحالة الانفعالية ولما له من أثر على الكيمياء العصبية للدماغ كما أن العوامل الجندرية والجينية تلعب دوراً هاماً في أثر الكحول على العقل البشري، فللكحول أثر عند المستويات المنخفضة والمعتدلة في الدم فيحصلون على تأثيرات مرضية كالنشوة والزهو euphoria، وأيضاً قد تسبب الإسترخاء وضعفاً في كبح السلوك، وتقليل مستويات القلق والتوتر ويخبر الشخص التأثيرات المحفزة الإيجابية للكحول، ولكن عند المستويات الأعلى لتركيز الكحول بالدم يصبح التأثير المحفز السلبي للكحول على المزاج كالإكتئاب والكدر والإستياء dysphoria بشكل واضح.

أما على مستوى كيمياء الدماغ، يعمل الكحول وبشكل انتقائي على أن يؤثر على وظائف مستقبلات حمض جابا–أمينوبيوتيريك، وإضافة لذلك، قد يؤثر الكحول على مستقبلات عصبية أخرى مثل، glutamatergic، Serotonergic، dopaminergic، cholinergic، وبذلك ينتج عنه الشعور بالمتعة والرفاه النفسي، والجدول رقم (2) يوضح تركيز الكحول في الدم وأثرها في جسم الإنسان (Dasgupta,2012).

جدول (2)

تركيز الكحول بالدم وأثره في العقل والجسم البشري

تركيز الكحول بالدم	أثره على العقل والجسم البشري
0.02 to 0.039 (20 to 39 mg/dl)	الشعور بنشوة بسيطة، إحساس بالرفاه النفسي وإنخفاض بكبح السلوك والخجل .
0.04 to 0.059 (30 to 59 mg/dl)	النشوة مع شعور بالرضى الذاتي وضعف بكبح معظم السلوكيات، يجعل الشخص كثير الكلام، ومتفاعل إجتماعياً مع كل أفراد المجموعة، وقد تغدو مشاعر الشخص شديدة وبعض السلوكيات مبالغ فيها، وقد يبدو على البعض عجزاً في اليقظة والحكم على الأمور.
0.06 to 0.79 (60 to 79 mg/dl)	قد يبدو بعض العجز جلياً عند هذا المستوى من الكحول بالدم، مثل السيطرة على الذات والوظائف الحركية، الحكم على الأمور، والقدرة على قيادة السيارة، أيضاً قد يكون هناك وهن بصري ورؤيا محيطية ضعيفة، وقد يفقد الشخص كل قدرته على كبح السلوكيات.
0.08 to 0.109 (80 to 109 mg/dl)	قد تتم ملاحظة تأرجحات في المشاعر والإكتئاب عند هذا المستوى من تركيز الكحول في الدم.
0.11 to 0.129 (110 mg/dl to 129 mg/dl)	عند هذا المستوى يصبح هناك عجزاً حاداً في الوظائف الحركية، الكلام، الحكم على الأمور، والإدراك، وقد يشعر الشخص بالغضب والعدوانية.

أثره على العقل والجسم البشري	تركيز الكحول بالدم
مشاعر النشوة تتبدل كلياً بمشاعر الإكتئاب والإضطراب أو الإرتباك.	0.13 to 0.159 (130 mg/dl to 159 mg/dl)
مشاعر حادة من المرض والإكتئاب، وقد يشعر الشخص بالغثيان.	0.16 to 0.199 (160 mg/dl to 199 mg/dl)
غثيان، قيء، بعض الإغماءات أو الإغشاءات قد تحدث Blackouts	0.20 t0 249 (200 mg/dl to 249 mg/dl)
سبات (ذهول)، عجز في الحواس، وإغشاءات تامة في الذاكرة.	0.25 to 0.299 (250 mg/dl to 299 mg/dl)
تسمم كحولي حادَ، غيبوبة، وقد يحصل وفاة.	0.3 to 0.4 (300 mg/dl to 400mg/dl)

كيف يعمل نظام المكافآت (الممتعة) في الدماغ

وكما ورد في (Dasgupta, 2012) يسعى العقل البشري إلى المتعة في الحياة اليومية، وإن لم يتم اختبار (تجربة) قدر معين من المتعة أو المكافأة يومياً، قد يصبح الشخص مكتئباً وقد يخبر ما يعرف بمتلازمة نقص المكافأة، فالإنسان له مدى واسع من منشطات المثيرات في الممرات العصبية المكافأة عندنا بما فيها الطعام، التفاعل الإجتماعي الإيجابي، الجنس، والتمرين الرياضي. إضافة لذلك، الكحول، الكوكايين، الحشيش، والماريغوانا يمكن أن تستثير نظام المكافأة عندنا.

يظهر الإدمان على الكحول عندما يكون نظام المكافأة بالعقل مقرون بالإستخدام المسرف للكحول والمخدرات، والمركز الرئيسي للممرات العصبية الخاصة بالمكافأة بالعقل يقع في المنطقة الغشائية البطنية Ventral tegmental area في الدماغ الاوسط ومتصل بالجهاز اللمبي عبر النواة المتكئة Nucleus accumbens واللوزة، وقرن آمون والقشرة الدماغية الأمامية المتوسطة، وهناك ممران عصبيان رئيسيان في نظام المكافأة؛ تتأثر فيهما نسبة الناقلان العصبيان الدوبامين والسيراتونين، حيث تنتج الممرات العصبية الخاصة بالدوبامين نظام المكافأة

المتمثل في النمط الانفعالي السار المفرط، في حين أن نظام المكافأة المنتج في ممرات السيراتونين يتمثل بالمزاج والذاكرة والنوم.

تستطيع الكحول والمخدرات المرور عبر الحواجز الدموية الدماغية Blood–Brain barriers فتثير مركز المتعة في الدماغ (الجهاز اللمبي)، حيث ان إساءة إستخدام الأدوية يزيد وبشكل واضح من مستويات الدوبامين، وبذلك يزّود الفرد بنشوة تابعه لإساءة إستخدام المواد، على سبيل المثال، المنشطات مثل الأمفيتامينات، والكوكايين تزيد من مستويات الدوبامين في دورة المتعة بالدماغ (الجهاز اللمبي المتوسط) من خلال كبح إعادة سحب الدوبامين في أطراف العصب من خلال نواقل الدوبامين (Tomkins, Sellers,2001).

يُنشّط (يفعّل) الكحول نظام متعدد النواقل العصبية في معظم الممرات العصبيّة والتي يعمل الكحول على أثر التعزيز عندها، ويتم الشعور بالنشوة خلال المرحلة المبكرة من إستهلاك الكحول (أول 10–15 دقيقة) عندما يزداد تركيز الكحول في الدم، نفس آلية الزهو التي تحصل بسبب الكحول ما زالت موضوع التحري والبحث، ولكن إضافة إلى إ فراز الدوبامين في الجهاز اللمبي الأوسط آليات عصبية أخرى، بما فيها GABA opiate (الأفيون)، ومستقبلات السيراتونين أيضاً قد تلعب دوراً في النشوة الناتجة عن تعاطي الكحول.

يزيد الكحول من تركيز الدوبامين من خلال المثيرات المباشرة والمثيرات غير المباشرة (عن طريق كبح مستقبلات جابا GABA Receptors)، وعندما يكون تركيز الدوبامين أعلى، يشعر الشخص بالنشوة بعد استهلاك الكحول، على الرغم من أن الممرات العصبيّة للسيراتونين تم الإقتراح بأنها عامل محتمل للنشوة الناتجة عن تعاطي الكحول.

على الرغم من أن الكحول يمكن أن يسبب الإسترخاء والنشوة عند الإستخدام المعتدل، ولكن تتبدل مشاعر المتعة عندما يزيد مستوى الكحول بالدم عن (0.1%) 100mg/dl فعند المستويات العالية من الكحول في الدم يتم استبدال النشوة بالإكتئاب وآثار سلبيّة أخرى، ومن المثير للإهتمام، يساهم الدوبامين الموجود في الجهاز اللمبي الأوسط في كل من أثر التعزيز السلبي والإيجابي للإعتماد على الكحول معتمداً على مستوى الكحول بالدم (Dasgupta,2012).

الإستجابات الانفعالية

تلعب الانفعالات دوراً أساسياً في حياتنا، فعندما يتعرض الفرد إلى ضغوط معينة سواء إدمانه على مادة أو الإصابه بإضطراب جسمي أو نفسي مزمن، فإن هذه الضغوط تعد بمثابة مثيرات سلبيه تؤدي إلى وجود إستجابات مختلفه في نوعها وشدتها لدى الفرد وهي: الإستجابات الانفعالية (Emotional responses).

وكما ورد في تايلور (2008) أن الإدمان على الكحول يترك آثاراً بالغة في العديد من جوانب حياة الأفراد وخصوصاً النفسية والصحية، وعندما يرافق الإدمان أمراض صحية مزمنة فتضطرب أنشطة حياتهم ويحدث خلل في توازنهم النفسي والصحي والاجتماعي، فيحاولون بذل الكثير من الجهود للتكيف مع الأوضاع الصعبة (Coping Efforts)، ففي بداية الأمر حيث أن تناول المادة يسبب مشاعر قوية من السعادة والراحة والنشوة أو الزهو (Euphoria)، ولكن ما يحدث لاحقاً هو وجود الكثير من المنغصات ويصبح المدمن يطور تحملاً أكثر (High Tolerace) حيث أن تناول المادة في هذه المرحلة لا يستطيع أن يوصل المدمن إلى مرحلة النشوة بعد فترة من الزمن ، فتظهر لديهم الكثير من الأنماط الانفعالية غير السّارة منها الشعور بعدم السعادة والإنزعاج والقلق والخوف والتوتر والاكتئاب (dysphoria).

مفهوم الإستجابات الانفعالية

هي استجابات مزاجيه لمواقف وأحداث داخيلة كالإضطرابات الجسمية، وخارجية كالضغوط، أو قد تكون مثيرات لإستجابات معرفية وسلوكية في آن واحد، يصحبها مزيج من نشاط فسيولوجي كضربات القلب وسلوكات تعبيرية كتعبيرات الوجه، وخبرة شعورية تتضمن أفكار ومشاعر كالخوف والفرح، وهذه الإستجابات مشروطة أي لا تنشأ من فراغ ، وتظهر لفترة مؤقتة وتختفي بزوال المثير أو لفترة طويلة وتصبح سمة متأصلة في شخصية الفرد (بني يونس، قيد النشر).

وكما ورد في (الخالدي، عبد العزيز، 2010) في تعريف الإستجابات الانفعالية بأنها: إستجابة محددة تعتمد على إدراكنا للمثيرات الخارجية والداخلية، ترافقها عدد من التغيرات الانفعالية والفسيولوجية.

أنماط الإستجابات الانفعالية

يعتبر الفرد بمثابة نظام مفتوح يتفاعل مع العالم المادي والإجتماعي من حوله، حيث ينجم عن هذا التفاعل ظهور أنماط إستجابات انفعالية سارّة وغير سارّة يرافقها تغيرات فسيولوجية، وقد تكون إشارات تحذيريه ومسببه للعديد من الإضطرابات، وتصنف هذه الأنماط الانفعالية إلى ثلاثة أنماط حسب رأي بويكو، كما ورد في بني يونس (قيد النشر)، وهي:

ـ **النمط الانفعالي السّار المفرط (Euphoria):** يعبر عن الإستجابات الانفعالية السّارة المفرطة وغير المتوقعة وغير المرغوب بها، والموجهة نحو الخارج لدى الفرد والتي تتمثل في الفرح والسرور والبهجة الزائدة أو ما تسمى النشوة.

ـ **النمط الانفعالي المتوازن (Refracteria):** وهي تعبر عن الإستجابات الانفعالية المتوقعة، والمرغوب بها والموجهة إلى الداخل.

ـ **النمط الانفعالي غير السّار المفرط (Dysphoria):** يقصد بها تلك الإستجابات الانفعالية السلبية أو غير السّارة الزائدة وغير المتوقعة وغير المرغوب بها والموجهة نحو الداخل والتي تتمثل في الحزن واليأس والقنوط والإستياء الزائد.

أما بالنسبة للمثيرات الموجودة في الوسط المحيط بالفرد هي:

المثيرات الإيجابية (positive or active stimuli): عبارة عن أحداث ومواقف حياتية يتعرض الفرد إلى تأثيرها وتحمل معان ودلالات شخصية وإجتماعية سارّة بالنسبة له.

المثيرات الوسيطة (Intermediate stimuli): هي تلك الأحداث والمواقف الحياتية المؤثرة في الأفراد وذات معان ودلالات شخصية وإجتماعية إزدواجية بالنسبة للفرد .

المثيرات السلبية (negative or passive stimuli): تعبر عن الأحداث والمواقف الحياتية المؤثرة في الفرد وتحمل في طياتها معان ودلالات شخصية وإجتماعية غير سارّة بالنسبة للفرد (بني يونس، قيد النشر).

وبما أن الانفعالات تصف الإنسان بأنه كائن سيكولوجي إجتماعي، وكونها الرابط بين المكون المعرفي والسلوكي، وأهميتها في المحافظة على سير الأداء وتنظيمه وتنشيطه وتوجيهه، فيظهر عند المدمنين أنماط من الإستجابات الانفعالية سواء عند حصولهم على المادة وما ينشأ منها من مشاعر السعادة والزهو وهو (Euphoria) أو في حال عدم حصولهم عليها وما ينجم عنها من انفعالات سيئة كالغضب والقلق والإستياء والتوتر والإنزعاج (Dysphoria).

النمط الانفعالي السّار المفرط Euphoria

ورد في الشقيرات (2005) تعريف لمصطلح Euphoria: " الشمق إلى المبالغة بالشعور بالنشوة وراحة الجسم وخلوه من الأمراض والشعور بالسعادة المفرطة أو المبالغ فيها، وترجم أيضاً بالفورة الإنشراحية" (ص: 207).

تتسبب الكثير من الأشياء للناس بالسعادة والارتياح، و كلمة Euphoria من اليونانية القديمة eu وتعني جيد و phero وتعني يظهر (يكشف) (وهي عكس عسر المزاج)، ومعروف طبياً كحالة انفعالية وعقلية يخبر فيها الشخص مشاعر شديدة من الرفاه النفسي والإبتهاج والسعادة والزهو والمتعة والحماس، فعلياً الزهو هو أثر، ولكن نستخدم المصطلح بشكل عام لتعريف المشاعر ذات الحالة الشديدة من السعادة الفائقة الممزوجة مع إحساس غامر بالإرتياح، وتم تعريفها على أنها حالة وجدانية من الرفاه النفسي المبالغ فيه أو الإبتهاج، وتعتبر النشوة حالة نفسية وجسدية مبالغ فيها بعض الأحيان ناتجة عن إستخدام الأدوية ذات الفعالية النفسية والإدمان على بعض المواد، ولا يحصل عليها عادة الفرد من الخبرات الطبيعية، ولكن بعض السلوكات الطبيعية مثل النشاطات الناتجة عن هزة الجماع، الحب، أو الحصول على جائزة رياضية قد تنتج حالة بسيطة من النشوة، وتم ملاحظة النشوة خلال طقوس دينية وروحانية معينة وفي التأمل (wikipedia,2014).

أيضا قد تكون النشوة نتيجة لإضطرابات نفسية منها:

- إضطرابات تتضمن "إضطراب ثنائي القطب
- إضطراب الشخصية ذات المزاج الدوري
- فرط نشاط الغدة الدرقية

- وأيضاً قد ينتج عن إصابة دماغية
- قد تظهر مع أمراض تؤثر بالجهاز العصبي مثل الزهري أو التصلب اللويحي.

وقد نشعر بالنشو ة التي تعود لإفراز الأندروفين وقدرة الميتافيتامينات على إفراز الدوبامين بشكل متكرر في مناطق المكافأة في الدماغ منتجة حالة سريعة من الإبت هاج (Euphoria) كمقدمة للخبرة العالية من إستخدام ال لأمفيتامين والذي قد يشعره المستخدمين بعد التدخين أو حقن المخدرات، ونذكر هنا بعض المستحثات الدوائية التي تحدث حاله من النمط الانفعالي السار المفرط:

- الكحول: النشوة أو الزهو، الشعور بالرفاه النفسي، وتم الإبلاغ عنها خلال المرحلة المبكرة (10–15 دقيقة) من استهلاك الكحول (مثل البيرة، النبيذ..).
- زهرة العشق تستخدم بشكل واسع كمخدر، له ا آثار مهدئة على الجهاز العصبي، وتعمل كمساعد على النوم، Harmala alkaloid وهو مركب كيميائي يوجد في هذه العشبة على شكل harmin ومعروف أنه ينتج آثاراً تأملية وزهوية .
- الحشيش، له آثار زهوية ومخدرة .
- المنشطات "المنشطات ذات الفعالية النفسية الحركية تنتج نشاط حركي (يصبح الشخص مفرط النشاط)، والزهو عادة يعبر عنها (بالإفراط بالكلام، والسلوك والنشاط وفقدان الشهية العصبي)، وتعد الأمفيتامينات الأشهر ضمن هذه المجموعة.
- MDMA: مواد مزهزهة مثل الاكستاسي و إيف Eve شائعة عند البالغين الشباب ، حيث يخبر مستخدمي MDMA مشاعر زهو قصيرة المدى، مع هبات من الطاقة وزيادة في حاسة اللمس.
- الأفيون: يتم اشتقاق المخدر من بسلة خشخاش الأفيون غير الناضج، مسببة نعاس وزهو وتقلل الشعور بالألم، الكودايين والمورفين هي مشتقات أفيونية.

يعتبر معظم الناس أن حالة النشوة أوالزهو هي عبارة عن حالة جيدة، إلا أنها قد تكون مشكلة عند الأفراد الذين يعانون من إضطراب ثنائي القطب، والذين يخبرون مراحل من الإكتئاب والهوس، ففي فترة الهوس يمر المريض بحالة من النشوة والزهو مسببة أحيانا أفعالاً

خطيرة، واستخدام الليثيوم فعّال في معادلة مزاج المريض حيث يقوم بتخفيض حالة الزهو التي يعاني منها الفرد في فترة الهوس.

إرتفاع المزاج "الإنتشاء" إضافة إلى أنه أقل شيوعاً فهو أيضا يصعب تقييمه "كمّا" في الإكتئاب، ويصعب تفريقه عن الروح الجيدة الطبيعية "صحياً"، وعادةً تعتبر الحالة كحالة مرضية فقط عندما يكون الإنتشاء أو الزهو مصحوباً بضعف القدرة على إصدار الأحكام، فرط النشاط، وبعض الإضطراب في التفكير (Wikipedia, 2014).

النمط الانفعالي غير السار المفرط Dysphoria

نمط مأخوذ من الكلمة اليونانية Dysphoros (معاكسة للزهو أو النشوة Euphoria) والذي هو معروف طبياً بحالة عقلية وانفعاليّة حيث يخبر الشخص مشاعر السوء وعدم السعادة والشعور بالإكتئاب والقلق والسخط وعسر شديد في المزاج وفي بعض الحالات عدم الإكتراث بالعالم من حولهم بشكل مفرط.

وكما رود في (Dasgupta,2012) في تعريف عسر المزاج Dysphoria: مزاج غير سار وغير مريح.

تظهر كلمة عسر المزاج عادةً في الأدبيات والمناقشات ذات العلاقة باضطراب ثنائي القطب، على كل حال، المعنى الدقيق لكمله عسر المزاج يبدو أكثر غموضاً، واستخدامه عادةً مضلل، والعديد يستخدم كلمة عسر المزاج لتعريف أنواع من نوبات الهوس ، في حين آخرين يربطونها بنوبات إكتئابية، الحقيقة هي أنها صالحة إلى حد ما لوصف كل من الإكتئاب أو الهوس، حيث يمكن لإضطرابات المزاج أن تتسبب بعسر المزاج عادةً مع خطورة عالية للإنتحار، خصوصاً عند الأشخاص الذين يعانون من إضطراب ثنائي القطب خلال المرحلة الإكتئابيّة، وحيث أن المصطلح يعود فقط إلى حالة المزاج، ويمكن أن يخبر الشخص عسر المزاج إستجابة لأحداث الحياة العادية، مثل مرض شديد أو الحداد، وأيضاً قد يحدث عسر المزاج كنتيجة كيميائية بسبب إستخدام شائع لبعض الأدوية النفسية، مثل مضادات الذهان أو الإدمان على المواد (Wikipedia, 2014).

الحالات التالية يمكن أن تتضمن عسر المزاج كعَرَض:

- اضطراب الإكتئاب (أحادي القطب) والإكتئاب الجزئي.
- الإضطراب ثنائي القطب واضطراب المزاج الدوري.
- متلازمة قبل الدورة الشهرية.
- الضغط.
- اضطراب التكيف مع المزاج المكتئب.
- اضطرابات القلق مثل اضطراب ما بعد الكرب الرضحي Post–Traumatic Stress Disorder (PTSD).
- عسر المزاج الجندري، عادةً يتم تشخيصه بـــ"اضطراب الهوية الجندرية" Gender dysphoria.
- إضطرابات الشخصية مثل إضطراب الشخصية الحدية و إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.
- الإنسحاب من المواد/ الإدمان.
- إضطراب تشوه الجسد الوهمي.
- نقص سكر الدم.
- الفصام العقلي.
- العجز الوظيفي الجنسي.
- الأرق.
- الألم المزمن.

النمط الانفعالي غير السار المفرط أو عسر المزاج يظهر بسبب عدة عوامل وله عدة أعراض منها:

- البكاء
- قلق شديد
- أفكار متزاحمة
- توتر حركي نفسي
- أوهام الإضطهاد والملاحقة
- إرتباك وتردد
- بطيء في التفكير صعوبة في إتخاذ القرارات

- سرعة التهيج والغضب
- ضغط في الكلام
- إرهاق شديد
- ردورد فعل اكتئابية
- وجود مشاعر إجرامية
- أرق شديد
- فقدان الأمل
- أفكار إنتحارية
- التدافع بالسلوك أو الكلام
- الغرق في مشاعر الذنب (Wikipedia, 2014).

وظائف الإستجابات الانفعالية

تحظى الانفعالات بإهتمام العديد من العلماء في مختلف المجالات، ومن علماء النفس خاصة، حيث أنها تصف الإنسان ككائن سيكولوجي – اجتماعي وتدخل في جميع مواقف حياته، فتقوم الانفعالات بعدد من الوظائف من أهمها:

1. وظيفة التواصل بالآخرين: بفضل الانفعالات نستطيع أن نفهم بعضنا بشكل أفضل، فهي وسيلة تواصل عبر ثقافية أي من استجاباتنا الانفعالية السّارة وغير السّارة تظهر على شكل تعابير وحركات تسمى (لغة الجسد)، فمن خلالها نستطيع أن نعرف ما يدور من حولنا، فهي مصدر جيد يزودنا بالمعلومات حول طبيعة العلاقة بين المرسل والمستقبل فيتم تفسير الحركات الانفعالية من خلال سياق عملية التواصل.

2. وظيفية تنظيمية: تقوم الانفعالات بتنظيم السلوك فتعمل على ضبطه وتوجيهه.

3. وظيفة الدافعية: تعد الانفعالات كدافع في بعض المواقف، كحالة قلق الشخص من اخفاقه في الدراسة فتثير الفرد وتدفعه نحو التعلم لتجنب الإخفاق، فبهذا تعكس العلاقة بين الدافع والسلوك وكيفية تنفيذ السلوك المناسب مع الدوافع.

4. وظيفة تكيفية: تساعد الانفعالات الأفراد في التعامل مع المواقف والضغوط التي يمرون بها والموجوده في محيطهم، فعند تعرض هم لموقف مخيف فإن الإستجابة الانفعالية تحرك مزيج من التغيرات الفسيولوجية، فتحرك وتوجه الجسم لمواجهة هذا الضغط والإبتعاد عنه، فتقوم بدور حماية ودفاع تنبه الشخص بمصدر الخطر (بني يونس، 2004).

مكونات الإستجابات الانفعالية

تتكون عملية الانفعالات من مزيج من المكونات المختلفة في أنواعها ودرجاتها وهي:

1. المكونات البيولوجية: العوامل الوراثية أو الجينات، والعوامل العصبية وهرمونات جهاز الإفراز الداخلي، ودورالغدة النخامية والكظرية.

2. المكونات السيكولوجية: تتضمن الجوانب المعرفية كالأفكار واللغة والإشارات اللفظية وغير اللفظية (لغة الجسد) والإدراك والذاكرة والإنتباة ، والجوانب غير المعرفية.

3. المكونات البيئية: وهي العوامل المادية والإجتماعية، فالانفعالات هي نتاج تفاعل هذه المكونات المختلفة في نوعها وشدتها (بني يونس، 2007).

جوانب الإستجابات الانفعالية

للانفعالات ثلاثة جوانب وهذه الجوانب تعد إستجابات متكاملة تصد ر عن الفرد وليست جوانب منفصلة وهي:

1. جانب فسيولوجي: التغيرات المرتبطة بالقلب والجهاز العصبي والدورة الدموية وأعضاء التنفس والهضم وإفراز الغدد وتغير النشاط الكهربائي في الدماغ.

2. جانب ذاتي: يخبره الفرد المنفعل وحده، ويختلف حسب نوع الانفعال.

3. جانب ظاهري أو خارجي: التعبيرات والحركات التي تصدر عن الفرد المنفعل، كالضحك ،والبكاء، وهذا الجانب الذي نحكم منه على الآخرين (بني يونس، 2007).

فوائد الإستجابات الانفعالية

إن الانفعالات السوية والمنشطة والمعتدلة لها عدة فوائد منها:

1. للانفعال أهمية في الجانب الإجتماعي، إذ أن التغيرات والتعبيرات التي ترافق الانفعال تزيد من فهم الأفراد لبعضهم وبالتالي ترفع من درجة الألفة بينهم.

2. الجانب الوجداني المرافق للانفعال يجعل الفرد أكثر تحملاً ويزيد من دافعيته وتشجيعه لإنهاء المهمات وتحقيق الأهداف.

3. يعد الانفعال جزءاً هاماً من الكيان الإنساني ولا بد من وجوده.

4. الانفعال مصدر يهيئ جسم الانسان ويعطيه قوة للمقاومة من خلال تنبيه الجهاز العصبي اللاإرادي والجهاز الغدي (عكاشة،عكاشة ،2009).

مضار الإستجابات الانفعالية

للانفعالات آثار سلبية منعكسة على سلوك الإنسان ونفسيته منها:

1. الحالات الانفعالية الزائدة تقلل من تحكم الفرد في نفسه مما قد يؤدي إلى تصرفات مشوّهة وعشوائية.

2. يؤثر الانفعال في التفكير ويجعله غير واضح وبطيئاً ومشوشاً ويعيق من استمراره بالشكل المطلوب كما في حالات الشعور بالكدر والقلق والحزن والإكتئاب.

3. يؤثر الانفعال تأثير مباشر على الذاكرة وخصوصاً فيما يتعلق بالأحداث التي تتم أثناء الموقف الانفعالي.

4. يقلل الانفعال من قدرة الفرد على مراقبة سلوكه والسيطرة عليه، مما يؤدي إلى ظهور استجابات غير مناسبة للمواقف.

5. في حالات حدوث التبلد الانفعالي حيث أن الشخص لا يهتم بالأحداث والمواقف اليومية السّارة أو غير السّارة ويكون عرضة للإتيان بأي جريمة أو إنحراف جنسي.

6. عندما تستمر الانفعالات لدى الشخص مع استمرار المثيرات والمواقف المسببة لها تستمر التغيرات الفسيولوجية في الجسم وتبدأ ظهور الأمراض السيكوسوماتية (النفسجسمية) مثل القرحة، إرتفاع ضغط الدم، فقدان الشهية، أمراض القلب كالجلطات وغيرها (الخالدي،عبد العزيز، 2010).

التلف الدماغي وتأثيرة في العمليات الإنفعالية

كما ورد في (الشقيرات، 2005)، أن مصطلح انفعال Emotion هو استجابات وردود فعل مناسبة لمثيرات مناسبة، تشمل عدة جوانب منها المعرفية والسلوكية وفسيولوجية، تعتمد في فهمها وتفسيرها على جانبين أساسيين هما : الجانب المعرفي Cognitive، والجانب الفسيولوجي، وهناك ارتباط وثيق وتفاعل فيما بينهم.

تعتبر القشرة الأمامية واللوزة الموجودة في الدماغ الأمامي من أهم الأجزاء بالنسبة للإنفعال، كما أن كلاً من النصف الأيمن والأيسر يؤثر على الإستجابات الانفعالية، حيث أن النصف الأيسر من الدماغ مسؤول عن الإنفعالات الإيجابية، بينما النصف الأيمن يتضمن الانفعالات السلبية، فوجود خلل أو مرض في النصف الأيمن يؤدي إلى صعوبة في التعبير عن الإنفعال وقد يظهرون صعوبة في ردود فعلهم تجاه المواقف وقد تظهر مشاعر السعادة المبالغ فيها (Euphoria)، أما المصابين بتلف في الجزء الأيسر فردود فعلهم تكون اكتئابية ومأساوية Catastrophic (Dysphoria) (الشقيرات، 2005).

نظريات تفسير الانفعالات

ظهرت العديد من النظريات في تفسير الانفعالات، وفيما يلي عرض لبعض النظريات التي تناولت تفسير ماهية الانفعالات وميكنزمات ظهورها:

1 -النظرية البيولوجية

ترتكز هذه النظرية على مفهوم الحاجات الأساسية للفرد البيولوجية والإجتماعية والنفسية، فهي الأساس في ظهور الإنفعالات الإيجابية والسلبية، وتعتبر الإنفعالات عملية تكيفية متوازنة تنسجم مع خطة الفرد وسلوكة لنتيجة متوقعة، فظهور الحاجات بصورة متكرره يدفع الفرد للقيام بإشباع هذه الحاجات، وعندما تشبع هذه الحاجات تظهر الانفعالات السارة الإيجابية فأصبحت الخطة منسجمة مع السلوك والنتيجة المتوقعة فتخزن هذه الحالة الانفعالية السارة وتجعل الفرد يقدم على إتخاذ أفضل الأساليب والطرق لإشباع حاجاته بطريقة ملائمة وتحدث حالة الإتزان الانفعالي، أما في حالة عدم القدرة على إشباع الحاجات والتنسيق السليم لإشباعها تظهر الانفعالات غير السارة السلبية ويصبح الفرد غير قادر على التخطيط السليم لإشباعها فتؤدي إلى كبح السلوكات التكيفية ووجود حالات فشل متكررة (بني يونس، 2013).

2 -النظرية الثلاموسية / المهادية (كانون بارد Cannon–Bard)

ترى هذه النظرية أن الإحساسات التي تصل إلى الجسم تأتي بفعل المسارات الصاعدة إلى الثلاموس من خلال نوعين من السيالات العصبية: الأول: يصل إلى قشرة المخ للشعور بالانفعال، والثاني: للهيبوثلاموس المسؤول عن السلوك الانفعالي، وتؤكد هذه النظرية على دور الهيبوثلاموس في السلوك الانفعالي، وتفترض أن التيارات العصبية التي يثيرها مصدر الانفعال تنقسم إلى طريقتين:

1) تنبيه حركي لكل من الجهاز العضلي والغدي لإحداث التغيرات الفسيولوجية اللازمة.

2) تنبيه حسي لإحداث الاستجابة الانفعالية حيث أنها تستثير منطقة اللحاء لإحداث الشعور الانفعالي.

وتفترض هذه النظرية أن الشعور والسلوك الانفعالي يصدران في نفس الوقت ولكن لا يوجد برهان علمي أو دليل تجريبي يثبت صحة هذا الإفتراض (الخالدي، عبد العزيز، 2010).

3 نظرية نشاط التكوين الشبكي في جذع المخ (لندسلي Lindsly)

اتفق العالم لندسلي مع العالم كانون بارد بأن الهيبوثلاموس هو المصدر الأول لتنظيم السلوك الانفعالي، وحتى يقوم بوظيفتة يجب أن يكون تحت التأثير المتواصل والنشاط للجهاز الشبكي في جذع المخ الذي هو عبارة عن مجموعة من الخلايا العصبية موزعة في جذع المخ وتنتهي بالهيبوثلاموس، وتؤكد هذه النظرية على أن التكوين الشبكي مهم للنشاط والإثارة والتوتر، ومن خلال هذا النشاط يعمل الهيبوثلاموس على التعبير عن مظاهر السلوك الانفعالي (عكاشة، عكاشة،2009).

وكما ورد في بحث (بني يونس ، 2013) تفسير ماهية الانفعالات من منظور المدرسة السيكولوجية الروسية، واعتماداً على علماء النفس الروسيين نذكر بعض النظريات التي تفسر طبيعة الإنفعالات منها:

4 نظريات الأجهزة التنظيمية

تتحدث هذه النظريات عن تفسير الانفعالات من منظور تشريحي عصبي هرموني، وهنا العديد من نظريات الأجهزة التنظيمية منها:

- **النظرية التشريحية**

تشير هذه النظرية إلى الإستجابات الانفعالية وعلاقتها بأجزاء الجهاز العصبي وذلك من خلال منحيين هما:

المنحى الأول يسمى منحى الحصر الموضعي : يقول بأن لكل انفعال مركز عصبي خاص به، أي أن الإستجابات الانفعالية تنحصر في مراكز عصبية محددة مثل ارتباط انفعال الخوف بمناطق الأقسام الخلفية من ما تحت السرير البصري ونواة اللوزة، كما يرتبط انفعال القلق بالقسم الأمامي لما تحت السرير البصري، وأيضاً انفعال اللذة أو المتعة مرتبط بالأنوية البطينية للسرير البصري والمنطقة الجبهية ومنطقة الحاجز، ويذكر دور المخ اللمبي Limbic Brain وخصوصاً اللوزة Amgdala في تنظيم الإستجابات الانفعالية وتقييم المثيرات المسببة للانفعالات، وبالرغم من مشاركة أجهزة أخرى كجهاز الإفراز الداخلي وأقسام أخرى من المخ

اللمبي إلا أنها غير كافية لتنظيم الإستجابات الانفعالية، والإثارة الموضعية للدماغ لا تنحصر في مكان عصبي واحد بل تنتج مجموعة من الإقترانات الإنعكاسية الشرطية المكتسبة، ومن هنا انطلقت فكرة المنحى الثاني.

المنحى الثاني يسمى المنحى المنظوماتي: يشير هذا المنحى إلى وجود مخ انفعالي (Emotinal Brain)، مكون من منظومة ثلاثية العناصر وهي: المخ اللمبي (اللوزة، قرن آمون، الهيبوكامبوس، الحجاب الشفاف)، المناطق اللمبية للمخ المتوسط (التكوين الشبكي، المادة الرمادية)، ما تحت السرير البصري (مكون من 32 زوج من الأنوية للجزء الأمامي المرتبطة بالجهاز العصبي الودي والجهاز العصبي شبة الودي)، ويقوم المخ اللمبي بدرو الجزء المسؤول والمنسق والرابط بين المناطق الواقعه تحت قشرة المخ ومختلف مناطق قشرة المخ، لما لهذه المناطق أيضاً من دور في تنظيم الإستجابات الانفعالية.

- **نظرية الجهاز العصبي الذاتي**

تشير هذه النظرية إلى إرتباط ومشاركة كل من الجهازين العصبيين السمبثاوي والباراسمبثاوي في تنظيم الانفعالات الإيجابية والسلبية، حيث يرتبط الجهاز العصبي السمبثاوي والتراكيب الأدرينالينية بالانفعالات السلبية، بينما يرتبط الجهاز العصبي الباراسمبثاوي والتراكيب الكولينية بالانفعالات الإيجابية، فالإيحاء بالانفعالات السارة مثل الفرح والسرور تؤدي إلى انخفاض تركيز أستيل كولين، أما الشعور بالقلق يزيد من عدد ضربات القلب وارتفاع الضغط، بينما مشاعر الخوف تؤدي إلى ارتفاع تركيز أستيل كولين، فالانفعالات السارة يرافقها زياده في النشاط السمبثاوي – الأدرينالييني، بينما تعتمد درجة مشاركة الجهاز العصبي الباراسمبثاوي على نوع الانفعالات السلبية وشدتها ومدتها (بني يونس،2013).

5 -النظريات السيكولوجية

تركز النظريات السيكولوجية على تفسير طبيعة الانفعالات والكشف عن المكونات الداخلية لهذة العملية، ومنها:

- **النظرية المعلوماتية**

صاحب هذة النظرية العالم الروسي سيمونوف يرى أن الانفعالات تظهر نتيجة لحالتين هما: النقص أو الزيادة في المعلومات اللازمة لإشباع الحاجات ،كما تتحد درجة الجهد الانفعالي عن طريق عاملين:

الأول: قوة الحاجات

الثاني: قيمة النقص في المعلومات البراجماتية الضرورية لتحقيق الأهداف

ومن خلال ذلك قام بصياغة معادلة سماها معادلة الانفعالات على النحو التالي:

ظهور الانفعال = الحاجة (المعلومات الضرورية لإشباع الحاجات – المعلومات التي يمتلكها الفرد في لحظة ظهور الحاجة) ، وعبر عنها بالرموز على النحو التالي: ن = ح (م ح – م ف)،

وتبين هذة المعادلة أن ظهور الانفعالات يعتمد على وجود الحاجات فقط ، أي عدم وجودها يعني عدم ظهور الانفعالات، وبالرموز ن = صفر (م ح – م ف) = صفر.

وتكمن أهمية الفرق بين (م ح – م ف) أنها تساعد الفرد في التنبؤ المتوقع لإشباع الحاجات، وبالتالي يقوم الفرد بتوجيه أهدافه وسلوكياته في الأوضاع الطبيعية نحو المواقف التي تعرض لها سابقاً، وبالتالي تتحقق الأهدف بدون مساعدة الانفعالات مع جود سلوكيات ملائمة.

وبحسب رأي سيمونوف تظهر الانفعالات السلبية في حالة نقص المعلومات اللازمة لتحقيق الأهداف، أما الانفعالات الإيجابية تظهر عندما تكون المعلومات التي يمتلكها الفرد في لحظة ظهور الحاجة أكبر من المعلومات الضرورية لإشباع الحاجة، ويؤدي إشباع الحاجات البيولوجية إلى تسيهل ظهور الانفعالات الإيجابية والتقليل من ظهور الانفعالات السلبية، وتسعى الأفراد بطبيعتها إلى التقليل من شدة المثيرات التي تسبب انفعالات سلبية والعمل على زيادة شدة المثيرات التي تسبب الانفعالات الايجابية.

ثانياً: الدراسات السابقة

من خلال مراجعة الأدبيات العربية والأجنبية السابقة لمتغيرات الدراسة الحالية، لم يكن هناك دراسات تتناول العلاقة المباشرة بين متغيرات الدراسة الحالية، وأيضاً وجود دراسات تتناول كل من النمط الإنفعالي السار المفرط والنمط الانفعالي غير السار المفرط لوحدها أو مع متغيرات أخرى، الأمر الذي يؤكد على أهمية هذه الدراسة، و فيما يلي عرضاً لعدد من الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة :

في دراسة قام بها Litman et al (1983) بعنوان: حالات مرتبطة بإنتكاسة الإدمان على الكحول، تمت مقارنة نتائج تحليل مقياس المحتويات الرئيسية للإنتكاسة السريعة، والذي تم تطبيقة على 256 مريض مدمن على الكحول في المستشفى، مع إعادة تحليل البيانات التي تم الحصول عليها من عينة مختلفة من قبل 5 سنوات، تشير هذه النتائج الى أن البناء العاملي للمقياس ثابت عبر الوقت ومع اختلاف مجتمع الدراسة من المرضى المدمنين على الكحول، العوامل الثلاث التي ظهرت من هذه الدراسة تحتسب ل 55% من المتغيرات كانت:

1. حالات مزاج غير سعيدة.
2. أحداث خارجية وزهو ونشوة (Euphoria).
3. تأهب/استثارة معرفية قليلة.

درجات العامل عند "حالة المزاج السيئة" و"الأحداث الخارجية والزهو " والعدد الكلي للأحداث التي تمت رؤيتها على أنها خطرة وجدت أنها لديها علاقة تنبؤية للمخرجات التابعة ب 6-12 شهر لاحقاً، أيضاً تم إيجاد بعض الفروق الجندرية بين المشاركين الذين يعانون من الإنتكاس، التطبيق الإكلينيكي لهذه الأداة يتم مناقشتها في حالة التنبؤ بالإنتكاسة وبإخبار الشخص عن برامج علاجية معينة.

وفي دراسة ل Swann et al (1999) بعنوان: العلاقة بين توفر بلازما تريبتوفان بدورة المرض والخصائص الاكلينيكية للكحوليّة (دراسة تمهيدية):

المنطق: قد يكون ميكانزمات السيراتونيجيك serotongic لها علاقة بالتحكم بالنزوات (بما فيها السلوك المضاد للمجتمع) عبر متلازمات نفسيّة، وقد يحدد العمر عند حصول الحالة الكحولية على الخصائص النفسيّة المرضيّة المرتبطة بالتحكم بالنزوات، خصوصاً إضطراب المزاج،

العدوانية، ومدى واسع من السلوكات المضادة للمجتمع. وهكذا، قد يكون هناك علاقة تنبؤيه بين علامات وظائف 5-HT وعمر أول ظهور للحالة مرتبطة بخصائص هذه المرحلة.

الهدف: قاموا بفحص الفرضية بأنه قد يكون هناك علاقة تنبؤية بين معدل البلازما والتريبتوفان لعدد كبير من الأحماض الأمينية المحايدة (TRYP/LNAA ratio)، وعلامة (وظيفة 5-HT)، العمر عند حصول الحالة لأول مرة والخصائص النفسية المرضيّة المرتبطة بالتحكم بالنزوات.
المنهجيّة: 58 ذكر وأنثى، مشخصين بأنهم مدمنيين كحول وفقاً للدليل التشخيصي DSM-IV ويحضرون إلى مركز علاج خارجي (عيادات) ليكملوا تقييماً نفسيّاً متكاملاً، ومن الأشخاص الذين تم الحصول على عينات دم لهم.
النتائج: معدلات البلازما TRYP/LNAA كانت مرتبطة بشكل إيجابي مع أعراض عسر المزاج، وسلبياً مرتبطة مع تجنب الأذى على مقياس المزاج والشخصية لكونينجر.
وارتبط إنخفاض توفر تريبتوفان مع خصائص الشخصية ذات النمط المضاد للمجتمع، ومن المثير للإنتباه، عدد قليل من المشاركين (9) الذين كانو يعانون من حالة مبكرة من الإدمان على الكحول واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع كانت بلازما التريبتوفان لديهم مشابهه لمعدلات TRYP/LNAA ترتبط بالوهن نحو القلق، وخصائص الشخصية المضادة للمجتمع، والعمر المبكر لأول حالة من الكحوليّة، وبالنقيض من ذلك، ارتبط المستوى العالي من TRYP/LNAA بحالة الإدمان على الكحول وعسر المزاج بوقت متأخر.

في دراسة أخرى ل Sitharthan et al (2001) بعنوان: التعريض الانفعالي الموجه لسوء استخدام الكحول: تطوير لإجراء علاجي جديد للتدريب على الشرب المعتدل في سياق عسر المزاج، حيث أن حالات المزاج السلبي تعود إلى الإفراط في شرب الكحول عند المدمنين، طور الباحثون إجراء علاج التعريض الانفعالي الموجه وتم تطبيقه على 3 مدمنين لديهم تاريخ بالشرب المفرط تحت حالة الضغط الانفعالي، الثلاث فضلوا هدف شرب مضبوط وحصلوا على ما معدله 7 جلسات من العلاج، تضمن العلاج من تقديم الكحول (جرعة الشروع) متبوعة بتحفيز المزاج السلبي ومنع الاستجابة للمزيد من الشرب، الإنخفاض كان ملحوظاً بتكرار وعدد أكواب الكحول المشروبة، درجات مقياس بيك للاكتئاب، استبيان حدّة الاعتماد على الكحول النموذج (C) واستبيان عجز التحكم، الزيادات كانت ملاحظة في الكفاءة الذاتية لمواجهة مواقف صعبة مختلفة، وهذه التحسنات بقيت ظاهرة حتى عند المتابعة بعد 6 شهور.

تزويد التحول للمدمنين في العلاج متبوعاً بمحفز للمزاج السلبي ومنع الإستجابة مفيد إكلينيكياً وقد يغير المراجعين الذين يشربون تحت حالات مزاجية ضاغطة كثيرة.

وفي دراسة Morgan & Badway (2001) بعنوان: النشوة التي يسببها الكحول: إقصاء السيرتونين، خلال ال 30 دقيقة الأولى بعد استهلاك الكحول الجاد من قبل 3 متطوعين صيام من الذكور، لم تحدث زيادة في التربتوفان داخل الدماغ، على العكس من ذلك لوحظ وجود انخفاض طفيف، والتي أصبحت أقوى في وقت لاحق، نستنتج من هذة الدراسة الأولية أن مستويات السيروتونين في الدماغ لا تزيد بعد إستهلاك الكحول من قبل الأشخاص الطبيعين، وإنه بالتالي هذا indolylamine من غير المرجح أن تأثرعلى الآثار المبهجة للكحول.

وقام Miotto et al (2002) بدراسة بعنوان: النالتريكسون وعسر المزاج: حقيقة أم خرافة؟ يعد النالتريكسون مضاد لعامل الأفيون واستخدمه كمادة دوائية مساعدة في علاج إدمان الكحول والأفيون، كان من المفترض أن نالتريكسون يمنع استجابة القلق والرفاه النفسي المرتبطة بأنزيمات بيبتيد الأفيون، واسترعى ذلك الإهتمام الإكلينيكي بأن النالتريكسون يسبب عسر المزاج (Dysphoria)، استعرض المؤلف بيانات دراسات إكلينيكية ودوائية عن الكحول والأفيون والنيكوتين، ليحدد إذا ما كانت هناك علاقة بين نالتريكسون وعسر المزاج، هذه الدراسات لم تكشف بأن عسر المزاج هو عرض جانبي حقيقي ناتج عن علاج نالتريكسون، دراسات إضافية لتقييم الآثار بعيدة المدى على الغدد واستخدام علاج مدموج معه مضادات الاكتئاب.

كما أجرى Williams & Ziedonis (2003) دراسة بعنوان: العلاج المجموع مع نالتريكسون- بوبروبن لعسر المزاج المطوّل بسبب الإمتناع عن الكحول، هذه الرسالة كإستجابة لمقال استعراضي لميوتو وزملاؤه عنوانها "نالتريكسون وعسر المزاج: حقيقة أم خرافة "، خبرتنا الإكلينيكيّة في عسر المزاج نالتريكسون ليس شائعاً وهذا التقييم معقد بسبب ارتفاع معدلات إقتران ظهور الإكتئاب و إكتئاب متلازمة عسر المزاج المطوّل بسبب الإمتناع عن الكحول، وبجميع الأحوال لاحظنا مؤخراً حالة المرحلة الأولى / حالة الإصابة الأولى بعسر المزاج بعد بدأ نالتريكسون لدى رجل سليم صحياً عمره 47 عاماً يعاني من الإعتماد على الكحول ودون تاريخ سابق للإكتئاب تلقى الرجل علاج تقليدي لإزالة السموم والكحول وثم طوّر عسر المزاج بعد البدء بالناتريكسون.

واستمر عسر المزاج لأكثر من شهرين على الرغم من الإمتناع الكامل عن شرب الكحول، ارتفع عسر المزاج في حدته ولكن بقي ضمن المتلازمة ولم يقابل المعايير الكاملة من DSM-IV للاكتئاب، وتلقى المريض خيارات عديدة من العلاج بما فيها أدوية مضادة للإكتئاب.

بدء ب Bupropion SR 150 ملغ في اليوم لمدة سبعة أيام، ثم زادت الجرعة ل 150 ملغم مرتين يوميا بعد 10 أيام أظهر تحسناً كبيراً في مزاجه، والذي دام لوقت طويل، وليس فقط أصبح مزاجه جيد لفترات طويلة، ولكن أيضا توقف رغبته للكحول عند الجمع بين دواء naltrexone ebupropion، وإعطاء دواء Bupropion SR فعالاً في تقليل إحتياجهم لمخدرات أخرى بما فيها النيكوتين والكوكايين، أيضاً قد تثبت فائدتها بالنسبة للإعتماد على الكحول مرفقا مع naltrexone، وعلى الدراسات أن تبحث بإحتمالية هذا العلاج.

في دراسة أخرى أجراها Townshend & Duka (2003) بعنوان: انفعالات مختلطة: عجز الكحوليين في التعرف على تعبيرات انفعالية محددة بالوجه، يُعدّ التعرف على تعابير الوجه عنصراً أساسياً للسلوك الإنفعالي والإجتماعي، وقد وجدت دراسات سابقة أن الكحوليين يعانون من عجز في هذه المهارات عندما عرضت عليهم انفعالات فردية بدرجات متفاوتة، وكان الهدف من هذه الدراسة الكشف عن أسس تعرّف الكحوليين على الانفعالات عندما تكون خليط من انفعالين مرتبطين ببعضهما، حيث ترتبط اللوزة بشكل كبير بترميز الانفعالات وبالأخص تلك المرتبطة بالخوف، فعند الحيوانات، أدى عدد من الإنسحابات من الحكول إلى إزدياد حساسية النوبات المرتبطة بالنواقل العصبيَّة في اللوزة والدوائر العصبيَّة المرتبطة بها، كذلك كان هناك هدف آخر للكشف عن فعاليَّة التخلص من سموم الكحول والتعرف على تعابير الوجه للانفعالات. تم مقارنة 14 مريض من مدمني كحول مقيمين في المستشفى، مع 14 شخص يتناولون الكحول في المناسبات الاجتماعية فقط مطابقين بالجنس والعمر، وتم الطلب منهم أن يقدروا مقدار ظهور كل من الانفعالات السته (الفرح، المفاجئة، الخوف، الحزن، الإشمئزاز والغضب) في صورة لوجه يظهر انفعالين مختلطين من هذه الانفعالات.

أظهرت مجموعة الكحوليين إستجابات خوف كبيرة لكل الصور مقارنةً بالمجموعة الضابطة وأظهروا نمطاً مختلفاً بالإستجابة للغضب الاشمئزاز، ولم يكن هناك فروق بين المجموعتين بتفسير تعابير الحزن، السعادة، والتفاجئ، إضافةً لذلك، إرتبط تمييز الخوف المعزز الذي وجد عند مجموعة الكحوليين بعدد من فترات التخلص من سموم الكحول السابقة.

تزودنا هذه النتائج بأدلة أخرى عن العجز الوظيفي في تمييز تعابير الوجه عند المرضى الكحوليين، كما أن اللوزة ارتبطت بمعالجة تعابير الوجه الانفعالية وخصوصا إنفعال الخوف، وتبين البيانات أيضا أنه قد ترتبط فترات التخلص من السموم بتغيرات في اللوزة.

وأجرى Tupala & Tiihonen (2004) دراسة بعنوان: الدوبامين والإدمان على الكحول: الأسس البيولوجية العصبية لسوء إستخدام الإيثانول، يعمل نظام الدوبامين في الدماغ دور آلية المكافأة، وتم عرض سابقاً دراسات عُملت على البشر والحيوانات عن الدوبامين وإدمان الكحول مع بعض الأمور ذات العلاقة بهذه الدراسات، تقترح البيانات الحالية المتعلقة بالبشر والحيوانات العديد من البدائل في نظام الدوبامين ضمن سياق إدمان الكحول، وتقترح الدراسات على المستقبلات العصبية أن كثافة ووظيفة مستقبلات الدوبامين أقل، على الأقل ضمن النمط الأول من مدمني الكحول، والتي تقترح أنهم يمكن أن يستفيدوا من المواد التي تعزز نشاط الدوبامين مثل عاملات الدوبامين الجزئية، ويمكن أن تساعد هذه المواد على استعادة مستويات مثلى لنشاط الدوبامين من خلال تقليل كل من الرغبة لشرب الكحول كلياً والزهو التابع لإفراز (إطلاق) الكحول للدوبامين في الخلايا، وبذلك تزويد الشخص بالتعزيز السلبي للإنتكاسة.

دراسة أخرى أجراها Nolen (2004) بعنوان: الفروق الجندرية بالنسبة لعوامل الخطورة وعواقبها لإستخدام ومشكلات الكحول، تتناول النساء الكحول بكميات أقل ويعانين من مشكلات مرتبطة بتناول الكحول بشكل أقل من الرجال، وتظهر النساء أرجحية أقل لإظهار عوامل خطورة معيَّنة لإستخدام الكحول ويبدو أنه من المرجح أنهن يملكن عوامل حماية من هذه المشكلات، كما أن النساء أقل احتمالية بأن يملكن صفات مرتبطة بالإفراط بالشرب منها العدائيَّة، والشرب لتقليل الضيق النفسي، سلوكات تحت السيطرة، والسعي إلى الإحساس، والسلوك الإجتماعي المضاد للمجتمع، كما أنه من المرجح أن يكون لدى النساء سمات أنوثة مرغوبة (الحنيَّة) تحميهن من الإفراط بالشرب، إضافة لذلك؛ يبدو أن عواقب الإستخدام الكثير للكحول أو إضطرابات إستخدام الكحول أكثر سلبيَّة على النساء منها على الرجال على الأقل في بعض النواحي، حيث تعاني النساء من أمراض جسدية مزمنة مرتبطة بالكحول عند مستوى كحول أقل من الذي يتعرض له الرجال، وتقترح بعض الدراسات أن النساء يعانين من عجز معرفي وحركي بسبب الكحول أكثر من الرجال، ومن المرجح أن تكون النساء عرضة للمعاناة من الأذى الجسدي والإهانات الجنسية عند إستخدام الكحول أكثر مما قد يتعرض له الرجال، كما يرتبط الإستخدام المفرط للكحول عند النساء بمشاكل الإنجاب.

وأجرى Kouri et al (2004) دراسة بعنوان: المعالجة التحضيرية بالنيكوتين عبر الجلد يعزز بعض الأعراض الحادة عند الرجال، عادة ما يتم استهلاك النيكوتين والكحول معاً، ومن احتمالية أن يكون المدخن يشرب الكحول أكبر من غير الدخن، وعلى الرغم من الإنتشار العالي للإستخدام الجامع بين الكحول والنيكوتين، فقط القليل من الدراسات المخبرية قامت بفحص آثار هذا المركب من المواد على البشر، وتمت هذه الدراسة للتحقيق بشكل أوسع عن طبيعة تفاعل الكحول/النيكوتين بفحص إذا ما كان علاج النيكوتين التحضيري عبر رقعات النيكوتين (وهمي أو 21غم) ستغير الآثار الجسدية والموضوعية لإستهلاك الإيثانول الحاد (0.4 و 0.7 غم) ، 12 ذكر مدخنين والذين شربوا الكحول في مناسبات أساسية قدموا موافقة على المشاركة بالدراسة، تقارير موضوعية للشعور بالثمالة، الشعور بآثار الايثانول والزهو الناتج عن إستهلاك الايثانول، حيث زادت بعلاج النيكوتين التحضيري، إضافة لذلك، الإبلاغ عن الرغبة بتدخين سجائر التوباكو إرتفعت بشكل ذو دلالة بعد تناول الإيثانول، وكانت أكثر وضوحا خلال حالات نشاط النيكوتين، كان وقت الذروة لتركيز الإيثانول أسرع في حالة رقعة النيكوتين وتوازى ذلك بشكل أكثر تكرار لآثار الإيثانول بعد تناول مشروب ذو جرعة منخفضة، تقترح هذه النتائج أن النيكوتين يعزز بعض الآثار الموضوعية للإيثانول وقد يساعد على تفسير الإنتشار العالي للجمع بين استخدام نوعي المخدرات.

في دراسة قام بها Addolorato et al (2005) بعنوان: الجوانب العصبية والبيوكيميائية للشوق في التعاطي ، حيث يلعب الشوق للتعاطي دوراً مهماً في التطور المرضي للإعتماد على الكحول والإنتكاسات، ففي هذه الدراسة الإستعراضية تم تحليل بعض النظريات المتناقضة حيث تمت صياغتها لتوضيح مفهوم الشوق للتعاطي ، حيث تلعب العديد من الميكانيزمات البيوكيميائيَّة العصبيَّة دوراً في النشوء المرضي (السبب المرضي) لل شوق: وتتضمن هذه الميكانيزمات العديد من النواقل العصبيَّة؛ الدوبامين، الأفيونات، الغلوتامين، والسيرتونين، ومن جهةٍ أخرى، قد تلعب النواحي المعرفيَّة والسلوكيَّة دوراً في النشوء المرضي للشوق في التعاطي، قد يشير اجتماع تواجد العديد من النظريات المتناقضة على أن أنماط المرضى المختلفة قد تملك ميكانيزمات مختلفة لأساس الشوق للتعاطي؛ مقترحين أنه قد يكون من المستحسن شخصنة العلاج المضاد للرغبة في شرب الكحول.

كما أجرى Locke et al (2007) دراسة بعنوان: المتنبآت النفسية الإجتماعية وعلاقتها بعسر المزاج عند المراهقين والبالغين الشباب اللاتينيين، تحدد هذه الدراسة كيف أن

المجالات التطورية البيئية أثرت على عسر المزاج لدى عينة من مجتمع المراهقين اللاتينيين، تم اختبار عوامل خطورة تتضمن سوء المعاملة في الطفولة، مشاكل عند الأهل مرتبطة بالكحول، مشاكل متعددة الأدوية، وعوامل حماية تتضمن الكفاءة الذاتية، التوكيد الاجتماعي والروابط العائلية، الإناث المشاركات (عددهم = 904) تم اختيارهم من منطقة لوس أنجلوس، وتم إيجاد العديد من الروابط بين مجالات التطور البيئية وعسر المزاج، وأقوى عامل حماية مميز كان الروابط العائلية، أخرى كانت التوكيد الإجتماعي والكفاءة الذاتية بشكل عام، أما عامل الخطورة الوحيد المميز كان الإهمال الجسدي.

وفي دراسة قام بها Gilman et al (2008) بعنوان: لماذا نحب أن نشرب: دراسة تصوير الرنين المغناطيسي الوظيفي لآثار المكافأة وإزالة القلق للكحول، يشرب الناس الكحول بشكل عام من أجل الوصول إلى الزهو وتقليل القلق، ويشربون ضمن سياق إجتماعي، ولكن أثر الكحول على العقل البشري والذي له علاقة بالتعزيز والمشاعر التي لم يتم اكتشافها بشكل كبير، قدمنا الكحول في السياقات الإجتماعية في وقت كان الدماغ يستجيب لمثير وجهي بصري مهدد وغير مهدد تم قياسة باستخدام تصوير الرنين المغناطيسي الوظيفي، عمل الكحول على تنشيط النواه المخططه ودوائر المكافأة في حين أنها كانت ضعيفة الإستجابة للمثير المخيف في المناطق البصرية واللمبية، التقديرات الذاتية للثمالة ارتبطت مع نشاط النواة المخططة، مقترحين أن النشاط في هذه المنطقة قد يساهم في تبرير خبرة المتعة والمكافأة من خلال الثمالة، وتظهر هذه النتائج أن المكافأة ذات الأثر الدوائي الحاد والآثار المقللة لقلق الكحول يمكن قياسها بإستخدام تصوير الرنين المغناطيسي الوظيفي.

وكما ورد في (بني يونس، قيد النشر) عن Chuan Lei et al (2009) دراسة بعنوان: ارتباطات النمط الإنفعالي غير السار على طلاب الجامعات التايوانية، هدفت الدراسة في الكشف عن الفروق في النمط الانفعالي غير السّار المفرط تبعاً للنوع الاجتماعي عند عينة من طلبة جامعة تايوان، بلغت (5010) طالب و طالبة، وتوصلت الدراسة إلى أن نسبة النمط الانفعالي غير السّار المفرط أعلى عند الطالبات من الطلاب، حيث بلغت (1.9%).

في دراسة قام بها Bruijnzeel et al (2010) بعنوان: توسط عامل الموجّهة القشريّة للحالة المشابهه لعسر المزاج المرتبطة بالكحول، تحرَّت هذه الدراسة عن دور عامل إفراز الموجِّهة القشريَّة في حالة شبيهة بالانفعال غير السّار المفرط المرتبط بالإنسحاب من الكحول

عند الفئران، حيث تم استخدام مُنتِج القحف الداخلي ذاتي الاستثارة من أجل تقييم عتبات مكافأة الدماغ، فأدى قطع تعاطي الكحول المزمن إلى ارتفاع عتبات مكافأة الدماغ لدى الفئران مدمنة الكحول، كما عملت مستقبلات عامل إفراز الموجِّهة القشريَّة على منع الإرتفاعات بعتبات مكافأة الدماغ المرتبطة بالإنسحاب من الكحول.

وفي دراسة أخرى ل Mann et al (2012) بعنوان: العلاقات بين استخدام الكحول ومشاكلها باضطراب المزاج والقلق المحتمل ، حيث تم فحص أثر إستهلاك الكحول ومشاكل الشرب على اضطراب المزاج والقلق المحتمل ، البيانات كانت مأخوذة من CAMH Monitor (عدد= 15,653) بشكل عام، دراسة مسحيّة للمواطنين البالغين في أونتاريو. درجة + 4 على 12 فقرة، استبيان الصحة العامة المعرف على إضطراب المزاج والقلق المحتمل كما تم اقتراحه بالبحث الأخير. أظهر الإنحدار اللوجستي أن الإستجابات المتعلقة بمشاكل الكحول أظهرت زيادة واضحة في إضطراب المزاج والقلق المحتمل، ولكن هذه المعلومات عن إستهلاك معتدل للكحول يومياً (تصل إلى كوبين من الشراب يومياً)، حصلت على احتمالية منخفضة لإضطراب المزاج والقلق المحتمل مقارنة بالذين يستهلكون كحول أكثر، وظهرت هذه النتائج في دراسة أخرى تقترح أن العلاقة بين الكحول وعكس الحالات النفسية، مثل الضيق (الكدر) وإضطراب المزاج والقلق المحتمل، قد لا يكون ثابت، والعديد من الطرق مثل التحيز في الإختيار يمكن أن تعتمد على هذه النتائج التي تمت مناقشتها كآليات سببيّة محتملة.

كما قام Khazaal et al (2013) بدراسة بعنوان: المزاج الوجداني عند مدمني الكحول والأفيون، حيث يعد المزاج بأنه تنظيم بيولوجي ينعكس من خلال خصائص مستقرة نسبيا مرتبطة بالمزاج والتفاعل مع المثيرات الداخلية والخارجية، بما فيها التباين بردود الفعل الانفعالية، والهدف من الدراسة الحالية هو اختبار الفرضية بأن المزاج الوجداني قد يختلف وفقاً للظهور المصحوب لإضطرابات المزاج بين المرضى المعتمدين على الكحول و/أو الأفيون وذلك لإكتشاف العلاقة بين المزاج واضطراب الإستخدام الثنائي للمواد (اضطراب استخدام المواد، الكحول، ومخدرات أخرى)، وكانت عينة الدراسة 92 مريض خضعوا في منشأة لعلاج الإدمان على الكحول، و 47 مريض خضعوا بمنشأة لعلاج الإدمان على الأفيون، تم تقييمهم لإضطراب إستخدام المواد، إضطرابات المزاج والمزاج الوجداني بإستخدام استبيان تقييم المزاج ب ممفيس، بيزا، باريس وسان دييغوا على 39 فقرة، مقارنة بين المرضى الذين يعانون من الإضراب الوجداني ثنائي القطب وأحادي القطب الإكتئابي مع أشخاص لا يعانون من إضطراب

المزاج أو سوء إستخدام للمواد، وكشف عن فروق ذات دلالة للمقياس الفرعي لإضطراب المزاج الدوري cyclothymic مع درجات أعلى للمرضى الذين يعانون من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب، ولم يتم ملاحظة أي اختلاف في المقاييس الفرعية للإكتئاب و الإنزعاج و التوتر والانفعال.

بعد التعديلات للعمر والجنس، اضطراب الوجداني ثنائي القطب، المزاج المتهيج. كان عامل الخطورة الملحوظ للتاريخ الماضي أو الحاضر لإضطرابات إستخدام المخدرات عند المرضى الذين تم علاجهم من إدمان الكحول، المزاج التوتري كان عامل خطورة ذو دلالة لتاريخ إضطراب إستخدام الكحول عند المرضى الذين تم علاجهم من إدمان الأفيون، في حين أن مقياس فرط الانفعال ظهر كعامل تنبؤ ذو دلالة، وتبين النتائج الحاجة إلى أخذ المزاج بعين الإعتبار في الأبحاث المستقبلية لتحسين النتائج بعيدة المدى للمرضى الذين يعانون من إضطرابات الإدمان، والذين عادة ما يظهرون إضطرابات معقدة.

كما أجرى بني يونس بحث (قيد النشر) بعنوان: مستويات الإحباط الإجتماعي وعلاقتها بأنماط الإستجابات الانفعالية لدى عينة من طلبة الجامعتين الأردنية والملك فيصل، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن نوع ودرجة العلاقة بين مستويات الإحباط الإجتماعي وأنماط الإستجابات الانفعالية تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية المتمثلة بالنوع الإجتماعي، الجامعة والمستوى التعليمي، وتكونت العينة من (426) طالباً من طلبة الجامعتين الأردنية والملك فيصل، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين مستويات الإحباط الإجتماعي والنمط الانفعالي السار المفرط من جهة، ووجود علاقة إرتباطية سلبية بين مستويات الإحباط الإجتماعي والنمط الانفعالي غير السار المفرط من جهة ثانية، كما تبين وجود فروق بين الطلبة في أنماط الإستجابات الانفعالية الثلاثة تبعاً لمتغيرات النوع الإجتماعي، الجامعة، المستوى التعليمي.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل إجراءات الدراسة بما في ذلك المجتمع وإختيار العينة والأدوات المستخدمة لقياس المتغيرات وطرق جمع البيانات والمعالجة الإحصائية.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من الأفراد المدمنين على الكحول وغير المدمنين في مدينة عمّان، المقيمين أو المراجعين في مديرية الأمن العام / إدارة مكافحة المخدرات، مستشفى الرشيد للطب النفسي والإدمان، المركز الوطني لتأهيل المدمنين التابع لوزارة الصحة، وعيادة الدكتور محمد الدباس، حيث بلغ عدد المدمنين في إدراة مكافحة المخدرات (6) أفراد، ومستشفى الرشيد (10) أفراد، والمركز الوطني (11) فرد، وعيادة الدكتور محمد الدباس (13) فرد، وبلغ إجمالي عدد الأفراد المدمنين على الكحول المتواجدين في هذه الأماكن (40) فرد، أما غير المدمنين فهم من طلاب الجامعة وموظفي أماكن العمل بجميع أنواعها في عمان وبلغ عددهم (40) فرد.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من عينة متاحه من الأفراد المدمنين على الكحول وغير المدمنين حيث بلغ عددهم (80) فرد من مجتمع الدراسة، و استجاب كل من المدمنين على الكحول وغير المدمنين على المقياس الموزع.

تضمنت العينة (52) مدمناً على الكحول اشتق منهم (40) مدمناً، ونشير هنا إلى أن هناك عدد أكبر ولكن تم استبعاد (12) فرد وذلك للأسباب التالية:

- عدم الموافقة على المشاركة في الإجابة على أسئلة المقياس.
- عدم متابعة مواعيد الجلسات العلاجية في العيادة الخاصة.

أما غير المدمنين عددهم (40) فرد من الذكور، وتم توزيع أفراد العينة بناءاً على عدد من المتغيرات الديموغرافية منها: العمر: حيث تراوحت الأعمار من (20 – 58) سنة وتم عمل مكافئة لمجموعة المدمنين ومجموعة غير المدمنين بناءاً على الفئات العمرية، المستوى التعليمي: أمّي– ابتدائي – ثانوي – جامعي، وفترة الإدمان من (1.5 – 34) سنة، والحالة الوظيفية:

(يعمل أو لا يعمل)، والحالة الإجتماعية: أعزب – متزوج – مطلق – أرمل، وعدد أفراد الأسره من (1 – 13) فرد، والدخل الشهري(0 – 500 – وأكثر من 1000) دينار أردني، والجنسية: (أردني – بحريني – ليبي – فلسطيني – قطري – سعودي – بريطاني) والجدول رقم (3) يبين توزيع أفراد العينة بناء على المتغيرات الديموغرافية على النحو الآتي:

الجدول رقم (3)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات الديموغرافية

المتغير	الفئات	الأفراد المدمنين	الأفراد غير المدمنين	المجموع
العمر	20 – 29	13	13	26
	30 – 39	11	11	22
	40 – 49	9	9	18
	50 – 59	7	7	14
المستوى التعليمي	أمّي	1	0	1
	إبتدائي	5	1	6
	ثانوي	12	15	27
	جامعي	22	24	46
الحالة الوظيفية	يعمل	36	38	74
	لا يعمل	4	1	5
	لم يذكر	0	1	1
الحالة الإجتماعية	أعزب	16	17	33
	متزوج	15	18	33
	مطلق	9	5	14
الدخل الشهري	0 – 500	7	11	18
	600 – 1000	18	18	36
	أكثر من 1000	15	10	25
	لم يذكر	0	1	1
المجموع		40	40	80

تصميم الدراسة

تم إستخدام المنهج الوصفي الإرتباطي وذلك لملائمتة لمتغيرات الدراسة الحالية.

أدوات الدراسة

- **مقياس أنماط الإستجابات الانفعالية لمثيرات المحيط الفيزيائي**

هو مقياس روسي أعده بويكو،ف،ف (1996)، يتألف من (39) فقرة تعبر عن الإستجابة لثلاثة أنواع من المثيرات الموجودة في المحيط المادي – الإجتماعي للفرد والمؤثرة فية، على النحو التالي: (أنظر ملحق رقم 1)

- الفقرات ذات الأرقام (3، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24، 27، 30، 33، 36، 39) عددها (13)، تُعبر عن المثيرات السّارة (Positive Stimulus).

المثيرات السّارة (Positive Stimulus): هي عبارة عن أحداث ومواقف حياتيه، لها معنى ودلالة شخصية واجتماعية سّارة وإيجابية (كالطقس الحسن، المجاملات، المدح، النكت).

- الفقرات ذات الأرقام (2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 23، 26، 29، 32، 35، 38) عددها (13)، تُعبر عن المثيرات الوسيطة (Intermediate Stimuli).

المثيرات الوسيطة (Intermediate Stimuli): هي الأحداث والمواقف الحياتية ذات الدلالة الازدواجية، أي خليط مشترك يجمع بين المثيرات السلبية والايجابية معاً، والذي يعتمد على طبيعة الشخصية من حيث نزعتها في التفسير الإيجابي أو السلبي للظواهر والأفراد (كالشريك الجديد في العمل، والأخبار التلفزيونية والأفكار المشكوك فيها، والأفراد المحيطين، والأوضاع المألوفة والإعتيادية في العمل).

- الفقرات ذات الأرقام (1، 4، 7، 10، 13، 16، 19، 22، 25، 28، 31، 34، 37) عددها (13)، تُعبر عن المثيرات المثيرات غير السّارة (Negative Stimuli).

المثيرات غير السّارة (Negative Stimulus): هي عبارة عن أحداث ومواقف حياتية، لها معنى ودلالة شخصية واجتماعية غير سّارة وسلبية (كالشعور بالتعب، والأوضاع الصعبة في الحياة، وضرورة المرور بتجربة ذهنية).

وإزاء كل فقرة يوجد تدرج لفظي ثلاثي (أ، ب، ج)، حيث يعبر البديل (أ) عن النمط الانفعالي السّار المفرط (Euphoria)، أما البديل (ب) فيعبر عن النمط الانفعالي المتوازن (Refracteria)، بينما البديل (ج) يُعبر عن النمط الانفعالي غير السّار المفرط (Dysphoria).

تصحيح المقياس

يكون تصحيح المقياس على النحو التالي :

- يُعطى المستجيب درجة واحدة باختياره أي بديل من البدائل الثلاثة (أ أو ب أو ج).
- يتم جمع الدرجات لكل بديل.
- تفسر البيانات في ضوء أعلى الدرجات التي يحصل عليها المستجيب، أي بمعنى المثيرات التي تسبب نمط الإستجابة الانفعالية.
- إذا حصل المستجيب على أعلى الدرجات في اختيار البديل أ، فهذا يعني أنه يستجيب انفعالياً لتأثير المثيرات الثلاثة.
- أما عند سيطرة النمط ج، أي تكون أعلى الدرجات لدية، فإن المثيرات السّارة وغير السّارة تؤدي إلى انفعالات غير سّارة لديه.
- فضلاً عن ذلك يمكن تحديد نمط الإستجابة الانفعالية، من خلال تحديد أي المثيرات الثلاثة تُسبب نمط الإستجابة الانفعالية، حيث لا توجد انفعالات نقية 100% للمثيرات المحيطة.

والجدول رقم (4) يوضح ذلك:

الجدول رقم (4)

أنماط الإستجابات الانفعالية وطبيعة المثيرات وأرقام الفقرات لكل نمط

المثيرات	أرقام الفقرات المعبرة عن المثيرات	النمط الانفعالي السّار المفرط أ	النمط الانفعالي المتوازن ب	النمط الانفعالي غير السّار المفرط ج
السّارة/الإيجابية	3، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24، 27، 30، 33، 36، 39			
الوسيطة	2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 23، 26، 29، 32، 35، 38			
غير السّارة/السلبية	1، 4، 7، 10، 13، 16، 19، 22، 25، 28، 31، 34، 37			
المجموع				

- تُعرف (Euphoria) بأنها إستجابات انفعالية سّارة زائدة للمثيرات المحيطة بالفرد، وموجهة إلى الخارج، وغير متوقعه، وغير مرغوب بها، كالفرح والسرور والبهجة الزائدة أو النشوة، أما النمط الانفعالي المتوازن (Refracteria) فهي إستجابة انفعالية معتدلة، موجهة نحو الداخل، وتكون متوقعه ومرغوب بها، أما النمط غير السّار المفرط (Dysphoria) فهي إستجابة انفعالية غير سّارة زائده للمثيرات المحيطة بالفرد، وموجهة نحو الداخل، وغير متوقعة وغير مرغوب بها، كالحزن واليأس، والاستياء، والقنوط الزائد.

صدق وثبات المقياس

قام (بني يونس، قيد النشر) بتعريب المقياس وإستخراج الخصائص السيكومترية من (صدق وثبات) للمقياس، حيث تم حساب الإتساق الداخلي وكان معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية بلغ (0.30) فأعلى لجميع الفقرات، وهذا يشير إلى أنها تتمتع بصدق وإتساق داخلي مناسب، كما تم حساب معامل الثبات للمقياس باستخدام معادلة كرومباخ ألفا، وتبين أنه يتمتع بمعاملات ثبات مناسبة، حيث بلغ معامل الثبات لأنماط الإستجابات الانفعالية الثلاثة (ال نمط

الإنفعالي السّار المفرط، والنمط الانفعالي المتوازن، والنمط الانفعالي غير السّار المفرط) بالترتيب (0.78 ، 0.81 ، 0.75) وهي قريبة من معاملات الصدق والثبات في النسخة الأصلية للمقياس.

ولأغراض الدراسة الحالية قامت الباحثة بإستخراج معادلة كرومباخ ألفا لأنماط الإستجابات الانفعالية الثلاثة (النمط السّار المفرط والمتوازن وغير السّار المفرط) بالترتيب (0.603 ، 0.307 ، 0.602)، وأيضاً تم حساب الثبات بطريقة جتمان Guttman للأنماط الثلاثة وبالترتيب حيث بلغت (0.676 ، 0.415 ، 0.614).

الإجراءات

قامت الباحثة بالإجراءات المطلوبة للحصول على كتاب تسهيل مهمة ومخاطبة الجهات الرسمية للتطبيق وأخذ العينة من مديرية الأمن العام / إدارة مكافحة المخدرات، والمركز الوطني لتأهيل المدمنين، ومستشفى الرشيد للطب النفسي والإدمان، وأيضا عيادة الدكتور محمد الدباس، وتم الحصول على الموافقة والسماح لها بالتطبيق مع أخذ العينة المتاحه لديهم.
بعد الحصول على الموافقة قامت الباحثة بزيارة مستشفى الرشيد وتم إعطاء الشخص المسؤول عن توزيع المقياس على عينة المدمنين، ثم تم الإتفاق على موعد محدد لإسترجاع أوراق المقياس، وتم تطبيق هذا الإجراء أيضاً في عيادة الدكتور محمد الدباس.

أما بالنسبة لإدارة مكافحة المخدرات، والمركز الوطني لتأهيل المدمنين، فقد قامت الباحثة بتوزيع المقياس على عينة المدمنين على الكحول وتم تعبئتها بطريقة التقدير الذاتي، وبعد اكتمال العينة البالغ عددها (40) فرد من المدمنين على الكحول تم اختيار عينة متاحة من الأفراد غير المدمنين البالغ عددهم 40 فرد من مدينة عمان بحيث تكون مجانسة لعينة المدمنين المتغير الديموغرافي (العمر) وتم توزيع المقياس على هذه العينة لأغراض المقارنة بالمدمنين، واستغرق جمع البيانات ككل ما يقارب أربعة أشهر.

المعالجة الاحصائية:

للإجابة عن أسئلة الدراسة تم إستخراج المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية والتكرارات، وتم إستخدام اختبار ت (T–Test)، وتحليل التباين المتعدد (MANOVA) لمعرفة الفروق بين المتوسطات.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الرابع
نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن أنماط الإستجابات الانفعالية لدى مدمني الكحول مقارنه بغير المدمنين في مدينة عمّان تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية منها: (العمر، المستوى التعليمي، الحالة الإجتماعية، الحالة الوظيفية، والدخل الشهري)، وسيتناول هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة بعد إخضاع البيانات إلى التحليل الإحصائي لفحص أسئلة الدراسة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

تمثل السؤال الأول في هذه الدراسة في: ما هي أنماط الإستجابات الانفعالية لدى أفراد عينة الدراسة ككل؟

في البداية تم استخراج المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأنماط الإستجابات الانفعالية لدى مجموعة المدمنين والجدول رقم (5) يوضح ذلك.

الجدول رقم(5)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات مجموعة المدمنين

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة العليا	القيمة الدنيا
النمط الانفعالي السّار المفرط	6.375	2.967	13	1
النمط الانفعالي المتوازن	5.59	2.590	13	1
النمط الانفعالي غير السّار المفرط	2.825	2.074	9	0

يتضح من الجدول رقم (5) أن المتوسط الحسابي الأعلى كان للنمط الانفعالي السار المفرط (6.375)، بينما أقل وسط حسابي كان للنمط الانفعالي غير السار المفرط حيث بلغ (2.825)، وتساوت القيم العليا والدنيا للنمط الانفعالي السار المفرط والمتوازن (1 – 13).

وبعدها تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية على مقياس أنماط الإستجابات الانفعالية لمجموعة المدمنين والجدول رقم (6) يبين ذلك.

الجدول رقم(6)

التكرارات والنسب المئوية لأنماط الإستجابات الانفعالية المتعلقة بمجموعة المدمنين

المتغير	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
النمط الانفعالي السّار المفرط	منخفض مرتفع	22 18	55% 45%
النمط الانفعالي المتوازن	منخفض مرتفع	27 13	67.5% 32.5%
النمط الانفعالي غير السّار المفرط	منخفض مرتفع	39 1	97.5% 2.5%

يتضح من الجدول رقم (6) أن 55% من الأفراد المدمنين يتمتعون بدرجات منخفضة من النمط الانفعالي السار المفرط، بينما 45% منهم يتمتعون بمستويات مرتفعة من نفس النمط، بينما نجد أن 97.5% من أفراد المجموعة لديهم مستويات منخفضة من النمط الانفعالي غير السار المفرط.

أما فيما يتعلق بمجموعة الأفراد غير المدمنين تم إستخراج المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأنماط الإستجابات الانفعالية لديهم والجدول رقم (7) يوضح ذلك.

الجدول رقم (7)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات مجموعة غير المدمنين

المتغير	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	القيمة العليا	القيمة الدنيا
النمط الانفعالي السار المفرط	6.564	2.392	13	2
النمط الانفعالي المتوازن	6.575	2.319	11	3
النمط الانفعالي غير السار المفرط	1.175	1.722	10	0

يتبين من الجدول السابق رقم (7) أن المتوسطات الحسابية للنمط الانفعالي السار المفرط (6.564)، والنمط الانفعالي المتوازن (6.575)، و(1.175) للنمط الانفعالي غير السار المفرط. وبلغت القيم العليا للأنماط السابقة (13، 11، 10) على التوالي، وتراوحت القيم الدنيا من (صفر– 3).

ومن ثم تم إستخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية على مقياس أنماط الإستجابات الانفعالية الكلي لمجموعة غير المدمنين والجدول رقم (8) يبين ذلك.

الجدول رقم (8)

التكرارات والنسب المئوية لمتغيرات الدراسة المتعلقة بمجموعة غير المدمنين

المتغير	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
النمط الانفعالي السار المفرط	منخفض	22	55%
	مرتفع	18	45%
النمط الانفعالي المتوازن	منخفض	19	47.5%
	مرتفع	21	52.5%
النمط الانفعالي غير السار المفرط	منخفض	39	97.5%
	مرتفع	1	2.5%

يبين الجدول رقم (8) النسب المئوية لمستويات أنماط الإستجابات الانفعالية لمجموعة غير المدمنين، حيث أن 55% من المجموعة لديهم مستويات منخفضة من النمط الانفعالي السار المفرط، و 45% منهم لديهم مستويات مرتفعةعلى نفس النمط، أما فيما يتعلق بالنمط الانفعالي المتوازن حيث أن 47.5% من أفراد المجموعة كانوا ممن لديهم متويات منخفضة على هذا النمط و 52.5% لديهم مستويات مرتفعة على نفس النمط، كما يتضح أن 97.5% من أفراد المجموعة لديهم ممستويات منخفضة من النمط الانفعالي غير السار المفرط مقابل 2.5% على المستويات المرتفعة.

وللإجابة عن السؤال الأول تم إستخراج المتوسطات والإنحرافات المعيارية لأنماط الإستجابات الانفعالية لأفراد العينة ككل والجدول رقم (9) يوضح ذلك.

الجدول رقم (9)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأنماط الإستجابات الانفعالية للعينة ككل

المتغير	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	القيمة العليا	القيمة الدنيا
النمط الانفعالي السار المفرط	6.387	2.782	13	0
النمط الانفعالي المتوازن	6.075	2.494	13	1
النمط الانفعالي غير السار المفرط	2.000	2.068	10	0

يتضح من الجدول رقم (9) أن المتوسط الحسابي للنمط الانفعالي السار المفرط لعينة الدراسة (6.387)، والنمط الانفعالي المتوازن (6.075)، والنمط الانعالي غير السار المفرط (2.000)، وترواحت القيم العليا من (10 – 13) والقيم الدنيا من (0 – 1).

ولمعرفة أنماط الإستجابات الانفعالية لدى أفراد العينة ككل تم إستخراج التكرارات والنسب المئوية لأفراد العينة والجدول رقم (10) يبين ذلك.

الجدول رقم (10)

التكرارات والنسب المئوية لأنماط الإستجابات الانفعالية لدى أفراد العينة ككل

المتغير	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
النمط الانفعالي السار المفرط	منخفض مرتفع	44 36	55% 45%
النمط الانفعالي المتوازن	منخفض مرتفع	46 34	57.5% 42.5%
النمط الانفعالي غير السار المفرط	منخفض مرتفع	78 2	97.6% 2.4%

يتضح من الجدول رقم (10) أن أكثر من نصف أفراد العينة لديهم مستويات منخفضة من النمط الانفعالي السار المفرط (55%)، أما بالنسبة للنمط الانفعالي المتوازن فقد بلغت نسبة الأفراد الذين لديهم مستويات مرتفعة على هذا النمط (42.5%) مقارنة ب (57.5%)

للمستويات المنخفضة لأفراد العينة مجتمعة لنفس النمط، وفيما يتعلق بالنمط الانفعالي غير السار المفرط فقد بلغت نسبة الأفراد ذوي المستويات المرتفعة على هذا النمط (97.6%) والأفراد ذوي المستويات المنخفضة على نفس النمط (2.4%).

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

تمثل السؤال الثاني في الدراسة الحالية ب: هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في أنماط الإستجابات الانفعالية لدى مدمني الكحول مقارنة بغير المدمنين تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية؟

في البداية تم إستخراج الفروق بين المدمنين وغير المدمنين على أنماط الإستجابات الانفعالية باستخدام إختبار (ت) (T–test) والجدول رقم (11) يوضح النتائج.

الجدول رقم (11)

نتائج إختبار (ت) للدرجة الكلية على مقياس أنماط الإستجابات الانفعالية

		المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
النمط الانفعالي السار المفرط	**مدمنين**	6.375	2.967	-0.040	78	0.234
	غير مدمنين	6.400	2.580			
النمط الانفعالي المتوازن	**مدمنين**	5.575	2.590	-1.819	78	0.834
	غير مدمنين	6.575	2.319			
النمط الانفعالي غير السار المفرط	**مدمنين**	2.825	2.074	3.870	78	0.010
	غير مدمنين	1.175	1.722			

يتضح من الجدول رقم (11) عدم وجود فروق بين المدمنين وغير المدمنين في النمط الانفعالي السّار المفرط حيث بلغت قيمة (ت) (−0.040) والنمط الانفعالي المتوازن بلغت قيمة (ت) (−1.819)، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين المدمنين وغير المدمنين على النمط الانفعالي غير السّار المفرط لصالح المدمنين.

ولإستخراج الفروق بين المدمنين وغير المدمنين في أنماط الإستجابات الانفعالية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية والمتمثلة في: المستوى التعليمي، الحالة الوظيفية، الحالة الاجتماعية، والدخل الشهري، والعمر تم إستخدام تحليل التباين المتعدد لمجموعة المدمنين والجدول رقم (12) يوضح النتائج.

الجدول رقم (12)

نتائج تحليل التباين المتعدد المتغيرات لمجموعة المدمنين

المتغير		قيمة F	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي	Hotelling Trace	6.582	0.003
	Roys largest root	14.427	0.001
الحالة الوظيفية	Hotelling Trace	1.318	0.342
	Roys largest root	1.318	0.342
الحالة الاجتماعية	Hotelling Trace	9.20	0.513
	Roys largest root	1.718	0.240
الدخل	Hotelling Trace	1.967	0.150
	Roys largest root	5.038	0.030
العمر	Hotelling Trace	1.002	0.474
	Roys largest root	3.299	0.072

باستعراض النتائج الموضحة بالجدول رقم (12) يتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في أنماط الإستجابات الانفعالية لدى المدمنين تبعاً لمتغيرات العمر، الحالة الاجتماعية وال حالة الوظيفية، بينما تم إيجاد فروق دالة احصائيا تبعا لمتغير المستوى التعليمي، ويظهر ذلك من خلال نتائج إختبار Roys largest root و Hotelling Trace، إضافة لذلك تم إيجاد فروق ذات دلاله إحصائية تبعاً لمتغير الدخل حيث بلغ مستوى الدلالة (0.030) حسب اختبار Roys largest root.

وأخيراً تم إستخراج الفروق في أنماط الإستجابات الانفعالية لدى مجموعة غير المدمنين تبعاً للمتغيرات الديموغرافية، والجدول رقم (13) يوضح النتائج.

الجدول رقم (13)

نتائج تحليل التباين المتعدد المتغيرات لمجموعة غير المدمنين

المتغير		قيمة F	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي	**Hotelling Trace**	3.853	0.036
	Roys largest root	3.853	0.036
الحالة الوظيفية	**Hotelling Trace**		
	Roys largest root	0.000	1.00
الحالة الاجتماعية	**Hotelling Trace**	0.857	0.540
	Roys largest root	1.888	0.178
الدخل	**Hotelling Trace**	6.222	0.000
	Roys largest root	13.773	0.000
العمر	**Hotelling Trace**	1.563	0.165
	Roys largest root	2.667	0.085

يتضح من خلال الجدول رقم (13) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أنماط الإستجابات الانفعالية لدى مجموعة غير المدمنين تبعاً لمتغيرات الحالة الاجتماعية، العمر والحالة الوظيفية ، بينما تم إيجاد فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تبعاً لمتغيرات الدخل والمستوى التعليمي، ويظهر ذلك من خلال نتائج إختباري Hotelling Traceو Roys largest root.

نتائج اختبارات Post Hoc

تم استخدام تحليل Post Hoc وذلك للتعرف على اختلاف المتوسطات بين المغيرات الديموغرافية لمجموعة المدمنين، وهو يستخدم لمعرفة مستوى دلالة كل متغير.

نتائج تحليل Post Hoc للحالة الاجتماعية

جدول رقم (14)

المتغير التابع	الحالة الاجتماعية(I)	الحالة الاجتماعية(J)	متوسط الفروق(J-I)	مستوى الدلالة
النمط الانفعالي السار المفرط	اعزب	متزوج	0.4462-	0.933
		مطلق	0.7350-	0.867
	متزوج	اعزب	0.4462	0.933
		مطلق	0.2889-	0.977
	مطلق	اعزب	0.7350	0.867
		متزوج	0.2889	0.977
النمط الانفعالي المتوازن	اعزب	متزوج	0.4718	0.775
		مطلق	1.7949-	0.107
	متزوج	اعزب	0.7118-	0.775
		مطلق	2.2667-	0.037
	مطلق	اعزب	1.7949	0.107
		متزوج	2.2667	0.037
النمط الانفعالي غير السار المفرط	اعزب	متزوج	0.6718-	0.564
		مطلق	0.2393	0.943
	متزوج	اعزب	0.6718	0.564
		مطلق	0.2393	0.438
	مطلق	اعزب	0.2393-	0.943
		متزوج	0.9111-	0.438

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في الحالة الاجتماعية لصالح المتزوج والمطلق حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (0.037) في النمط الانفعالي المتوازن .

نتائج تحليل Post Hoc للعمر

جدول رقم (15)

المتغير التابع	العمر (I)	العمر (J)	متوسط الفروق(J–I)	مستوى الدلالة
النمط الانفعالي السار المفرط	20–29	30–39	−0.6455	0.973
		40–49	−2.7677	0.430
		50–59	−1.1169	0.908
	30–39	20–29	0.6455	0.973
		40–49	−2.1222	0.566
		50–59	−0.4714	0.992
	40–49	20–29	2.7677	0.340
		30–39	2.1222	0.566
		50–59	1.6508	0.783
	50–59	20–29	1.1169	0.908
		30–39	0.4714	0.992
		40–49	−1.6508	0.783
النمط الانفعالي المتوازن	20–29	30–39	−0.2909	0.984
		40–49	0.6869	0.851
		50–59	0.1948	0.996
	30–39	20–29	0.2909	0.984
		40–49	0.9778	0.686
		50–59	0.4857	0.953
	40–49	20–29	−0.6869	0.851
		30–39	−0.9778	0.686
		50–59	−0.4921	0.954
	50–59	20–29	−0.1948	0.996
		30–39	−0.4857	0.953
		40–49	0.4921	0.954

النمط الانفعالي غير السار المفرط	29-20	39-30	0.3455	0.969
		49-40	-0.5657	0.890
		59-50	-0.4545	0.949
	39-30	29-20	0.3455	0.969
		49-40	-0.9111	0.686
		59-50	-0.8000	0.796
	49-40	29-20	0.5657	0.890
		39-30	0.9111	0.686
		59-50	0.1111	0.999
	59-50	29-20	0.4545	0.949
		39-30	0.8000	0.796
		49-40	-0.1111	0.999

يبين الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة في الانماط الانفعالية الثلاثة (السار المفرط، غير السار المفرط والمتوازن) فيما يتعلق بمتغير العمر.

نتائج تحليل Post Hoc للمستوى التعليمي

جدول رقم (16)

المتغير التابع	المستوى التعليمي(I)	المستوى التعليمي(J)	متوسط الفروق(I-J)	مستوى الدلالة
النمط الانفعالي السار المفرط	اساسي	ثانوي	0.2879	0.984
		جامعي	2.2833	0.341
	ثانوي	اساسي	-0.2879	0.984
		جامعة	1.9955	0.290
	جامعة	اساسي	-2.2833	0.314
		ثانوي	-1.9955	0.290
النمط الانفعالي غير السار المفرط	اساسي	ثانوي	2.6515	0.042
		جامعي	2.3333	0.050
	ثانوي	اساسي	-2.6515	0.042
		جامعة	-0.3182	0.887
	جامعة	اساسي	-2.3333	0.050
		ثانوي	0.3182	0.887
النمط الانفعالي المتوازن	اساسي	ثانوي	0.6970	0.703
		جامعي	0.8333	0.553
	ثانوي	اساسي	0.6970	0.703
		جامعة	0.1364	0.975
	جامعة	اساسي	-0.8333	0.558
		ثانوي	.0.1364	0.975

يبين الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة في المستوى التعليمي(الاساسي ، الثانوي والجامعي) لدى النمط الانفعالي غير السار المفرط حيث بلغ مستوى الدلالة على التوالي (0.042، 0.042 ، 0.050).

نتائج تحليل Post Hoc للدخل

جدول رقم (17)

المتغير التابع	الدخل (I)	الدخل (J)	متوسط الفروق(J–I)	مستوى الدلالة
النمط الانفعالي السار المفرط	500	1000–600	-2.0833	0.420
		اكثر من 1000	-1.1000	0.775
	1000–600	500	2.0833	0.420
		اكثر من 1000	0.9833	0.696
	اكثر من 1000	500	1.1000	0.775
		1000–600	-0.9833	0.696
النمط الانفعالي غير السار المفرط	500	1000–600	1.1042	0.441
		اكثر من 1000	1.0000	0.511
	1000–600	500	-1.1043	0.441
		اكثر من 1000	−0.1042	0.986
	اكثر من 1000	500	−1.0000	0.511
		1000–600	0.1042	0.986
النمط الانفعالي المتوازن	500	1000–600	−2.3750	0.038
		اكثر من 1000	−0.3667	0.985
	1000–600	500	2.3750	0.038
		اكثر من 1000	−0.3667	0.021
	اكثر من 1000	500	0.3667	0.985
		1000–600	-2.0083	0.021

يتضح من الجدول السابق ان الفروق كانت ذات دلالة احصائة على النمط الانفعالي المتوازن بناء على متغير الدخل ، حيث بلغت مستوى الدلالة للدخل 500 (0.038) ولل 1000–600 (0.038) وللأكثر من 1000 (0.021).

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

تشير النتائج التي توصلت لها الدراسة الحالية إلى عدم وجود فروقات بين المدمنين على الكحول وغير المدمنين على كل من النمط الانفعالي السار المفرط والنمط المتوازن وهذا يدل على أن الأفراد لديهم تكيف مع نفسهم ومع المحيط من حولهم فهم بطبيعتهم سعداء ومتوازنين من الداخل والخارج ولديهم مهارات للتعامل مع المواقف والمثيرات الصعبة، مع القدرة على التغلب عليها بطريقة سليمه وتحقيق أهدافهم في الحياة، وتبين وجود فروقات على النمط الانفعالي غير السار المفرط (Dysphoria) وكانت لصالح المدمنين، وهذه النتيجة تشابة ما ذكر في دراسة Litman et al (1983) أن الإدمان على الكحول يسبب مزاج مضطرب وسيء، وفي دراسة أخرى ل Sitharthan et al (2001) حيث تم ذكر أن المزاج السلبي يعود إلى الإفراط في الشرب، فلذلك قد يكون المزاج السيء المضطرب كأحد العوامل التي تدفع الأشخاص إلى شرب الكحول، وقد يكون هنالك تفسير آخر لحالات عسر المزاج فإستخدام بعض أدوية علاج الإدمان على الكحول قد تسبب عسر في المزاج كما ورد في دراسة Miotto (2002).

كما يؤدي الإدمان على الكحول إلى فقدان الفرد العديد من المهارات التكيفية اللازمة لسير الحياة بطريقة صحية وسليمة من الجانب النفسي والجسدي والإجتماعي والإقتصادي والأخلاقي، فبسبب الإدمان قد يفقد الفرد الكثير من مهارات السلوك الإجتماعي والإنفعالي فيظهرون صعوبات بإيجاد طرق مناسبة للتواصل الفعّال، فتصحبح مهاراتهم لإستخدام التواصل الجيد والتعرف على لغة الجسد صعبة، وبالتالي يظهرون استجابات انفعالية غير مناسبة للموقف وهذا يشابه ما ورد في دراسة Townshend & Duka (2003).

ورد في دراسة Tupala & Tiihonen (2004) أن الإدمان المفرط على الكحول يسبب خلل في عمل النواقل العصبية المسؤولة عن تنظيم المزاج والسلوك الانفعالي مثل الدوبامين والسيرتونين والنورأدرينالين، حيث تلعب هذه النواقل العصبية الدور في تطور عادة الإدمان بشكل قوي مع عدم القدرة على التخلص منه، و وجود عوامل أخرى مؤثرة منها عوامل معرفية سلوكية اجتماعية بيئية وأسرية كما ورد في دراسة Locke et al (2007).

ذكر أيضاً في دراسة Mann et al (2012) كلما كان استخدام الكحول أكثر كلما أظهر زيادة واضحة في اضطراب المزاج والقلق والشعور بالضيق والإنزعاج .

كما وأشارت دراسة Khazaal et al (2013) أن المثيرات الداخلية والخارجية تتفاعل مع المزاج وتظهر أشكال متعددة من ردود الأفعال الانفعالية، وتوصي هذه الدراسة بضرورة أخذ عامل المزاج بعين الإعتبار لتحسين النتائج العلاجية للأفراد الذين يعانون من إضطرابات ثنائية تشمل إضطرابات المزاج والإدمان.

يكمن أيضاً تفسير هذه النتيجة المتعلقة بوجود النمط الإنفعالي غير السار لدى المدمنين على الكحول في ضوء عدد من النظريات منها: نظريات الشخصية والنظرية الحيوية العصبية والنظرية السلوكية و النظرية السلوكية المعرفية.

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq$ 0.05) في أنماط الإستجابات الانفعالية لدى المدمنين تبعاً لمتغيرات العمر،الحالة الاجتماعية والحالة الوظيفية، بينما تم إيجاد فروق دالة إحصائيا تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، إضافةً لذلك تم إيجاد فروق ذات دلاله إحصائية تبعاً لمتغير الدخل حيث بلغ مستوى الدلالة (0.030)، ويعتبر متغير المستوى التعليمي والدخل من العوامل المهمة في وجود سلوك الإدمان، فبغياب التعليم الذي يكون أساسه عدة عوامل منها أساليب التنشئة الأسرية، حيث يصبح هنالك أوقات فراغ مع وجود رفاق السوء وتقليد أعمى للآخرين وبناء شخصية غير متوازنه من الناحية المعرفية والسلوكية فتقوي من السلوك الإدماني ويصبح مزمن وشبة ثابت مع وجود الدافعية التي يصحبها العدوان واللامبلاة في المعايير والقيم والأخلاق من أجل القيام بهذا السلوك، وينمو مع الفرد أفكار معززة عن سلوك الإدمان بأنه هو الحل لمشاكل الحياة يخفف الألم ويجلب السعادة، فتضعف قدراته وينسحب الآخرين من حوله بسبب رفضهم للسلوكات الخاطئة مثل السلوكات المضادة للمجتمع، ويفقد أغلب الفرص في الحصول على وظائف جيدة، ويشعر بالنقص والدونية، ويزيد من شدة الفراغ والفقر والبطالة، كما أن العامل الإقتصادي (الدخل) يلعب دور كبير من حيث الفقر أو من حيث الوفرة المادية، بتوفر المال يستطيع الحصول على المادة في أو وقت وأي مبلغ وبكل سهولة فيشبعون رغباتهم وحاجاتهم في نفس اللحظة، ولكن عندما تكون هنالك عوائق أمامهم مثل عدم توفر المال وبالتالي عدم توفر المادة يشعر الفرد بالأحباط والضيق والإنزعاج فتظهر الحاله الانفعالية الغير السّاره.

و ورد في دراسة (بني يونس قيد النشر) عن مستويات الإحباط الإجتماعي وعلاقته بأنماط الإستجابات الانفعالية لدى عينة من طلبة الجامعتين الأردنية والملك فيصل، حيث أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين مستويات الإحباط الإجتماعي والنمط الانفعالي غير السار المفرط، فالبعض يواجه الإحباط بطريقة الانفعال السار المفرط Euphoria، وآخرين بالانفعال غير السار المفرط Dysporia، ولكن يبدو أن العلاقة قد تكون غير مناسبة لتفكير البعض ولكن نستطيع أن نعطي تفسير أن استجابات الأفراد لمثل هذه المواقف تختلف من شخص إلى آخر من حيث نوعها وشدتها، وتلعب عوامل التنشئة والأسره وعوامل شخصية وصحة الفرد النفسية في استجابات الفرد الانفعالية وتعلمهم لأساليب تكيفية، وأظهرت النتائج وجود نزعة أعلى للإحباط عند الذكور أكثر من الإناث وممكن أن نفسر هذه النتيجة أنه قد تكون مرتبطه بأنماط الشخصية للفرد حيث أن الأفراد من المجموعة (ب) من إضطرابات الشخصية تغلب عليهم سمة الانفعال منها: الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial، الشخصية الحدية Borderline، الشخصية الهستريونية Histrionic، والشخصية النرجسية Narcissitic، وقد يكونوا من الشخصيات غير المحددة على أي نحو مثل الشخصية الإكتئابية Depressive، والشخصية العدوانية السلبية Passive Aggressive (السمّاك، مصطفى، 2010).

وأشارت دراسة (بني يونس قيد النشر) إلى أن مستوى الإحباط الإجتماعي أعلى عند طلبة البكالوريوس من طلاب الدراسات العليا، أي كلما ارتفع المستوى التعليمي قل الإحباط ، وهذا يدل عل أن الفئه العمريه من (18-24) طلاب البكالوريوس لا يمتلكون الخبرات والمهارات الكافية للتكيف والتعامل مع الإحباطات والمعوقات في الحياة.

كما وأظهرت النتائج في الدراسة الحالية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في أنماط الإستجابات الانفعالية لدى المدمنين تبعاً لمتغيرات العمر،الحالة الاجتماعية والحالة الوظيفية، بينما تم إيجاد فروق دالة إحصائيا تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، إضافة لذلك تم إيجاد فروق ذات دلاله إحصائية تبعاً لمتغير الدخل حيث بلغ مستوى الدلالة (0.030)، هذا يشير إلى أن في وقتنا الحالي يعتبر التعليم من متطلبات الحياة الأساسية ويركز على الجانب الفكري الذي ينمو مع الفرد فيبدأ بالبيت مع أسرتة ويتأثير بالتعليم الذي يساعد الفرد على ممارسة حياته بطريقة متوافقة ومليئة بالنجاحات وتحقيق الرغبات والطموحات، والتعليم يساعد الفرد في الحصول على الوظيفة المناسبة وبالتالي الحصول على الدخل، والفرد الذي لم يكمل تعليمه تصبح فرصتة في العمل أقل بكثير، فبسبب هذه المتطلبات و

انتشار الفقر والبطالة أصبح تأمين العيش ومتطلبات وقوت اليوم لا يأتي بسهولة، وبسبب مشاعر الضيق والكدر والإنزعاج يفقد الفرد القدرة على التفكير والتخطيط لحياة كريمة بشكل سليم مع وجود عوامل أخرى معززة لهذه الظروف منها عوامل إقتصادية كالفقر أو غلاء الأسعار والضغوطات المادية ووجود الحروب، وبالنهاية سلوك الإدمان هو محصلة تفاعل مجموعة من العوامل التي تؤدي إلى ظهور أنماط استجابات انفعالية مختلفة.

التوصيات

1- إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بأنماط الإستجابات الانفعالية لدى المدمنين على الكحول أو المدمنين على مواد أخرى من المثبطات أو المنشطات، وعلاقتها بالمتغيرات الديموغرافية الواردة في الدراسة الحالية، ومتغيرات أخرى غير واردة في هذه الدراسة مثل الجنس.

2- عمل برامج علاجية سلوكية معرفية للتخفيف من هذه الأنماط وخصوصاً (Euphoria) و (Dysphoria) لدى المدمنيين، ومساعدتهم على مواجهة المشاعر والانفعالات السيئة والصعبة والتكيف معها، وماذا يفعلون حيالها، والعمل على تقبلها بطريقة جيدة لما لهذه البرامج من فوائد تعود على الفرد ومن حوله.

3- زيادة وعي المعالجين بأهمية إجراء تقييم نفسي للحالة النفسية للمدمنيين والتعرف على أنماط استجاباتهم الانفعالية، وبالنهاية تحقيق الرفاه النفسي لديهم.

4- للإدمان زملة من الأعراض والإضطرابات النفسية والجسمية والإجتماعية، لذلك نوصي بتفعيل دور المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات لعمل برامج صحية ووضع نظام لعلاج المدمنيين وتدريبهم على كيفية التعامل مع الضغوط والصراعات والمشكلات النفسية والإجتماعية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولا: المراجع باللغة العربية

أبو الخير، عبد الكريم قاسم (2013)، **معركة الإدمان التشخيص وخطوات العملية العلاجية** ، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

إيرشل، هارولد (ترجمة مهى عز الدين) (2010)، **معالجة دماغ المدمن نظم الشفاء الثوروي لعلاج علميّ للإدمان** ، بيروت: الدار العربية للعلوم ناشرون.

بني يونس، محمد (2002)، **علم النفس الفسيولوجي**، عمان: دار وائل للطباعة والنشر.

بني يونس، محمد (2004)، **مبادئ علم النفس**، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

بني يونس، محمد (2009)، **سيكولوجيا الدافعية والانفعالات**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

بني يونس، محمد (2013)، **تفسير ماهية الانفعالات من منظور المدرسة السيكولوجية الروسية** ، المجلة الأردنية للعلوم الإجتماعية، مجلد 6 (2) : 203-205.

بني يونس، محمد (قيد النشر)، **مستويات الإحباط الإجتماعي وعلاقتها بأنماط الإستجابات الانفعالية لدى عينة من طلبة الجامعتين الأردنية الملك فيصل** ، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

تايلور، شيلي (ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكر طعيمه)، (2008)، **علم النفس الصحي**، عمان: دار الحامد.

حماد، محمد فتحي (2004)، **الإدمان والمخدرات: الأسباب، الآثار، الوقاية، والعلاج**، القاهرة: دار فجر للنشر والتوزيع.

الخالدي، أديب، عبد العزيز، مفتاح (2010)، **علم النفس العصبي**، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

الرابطة الأمريكية للطب النفسي (ترجمة أمينة السماك و عادل مصطفى) (2010)، **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية المعايير التشخيصية** ، الكويت: مكتبة المنار الإسلامية.

الرشيدي، بشير، منصور، طلعت، النابلسي، محمد، الخليفي، إبراهيم ، الناصر، فهد، بورسلي، بدر والقشعان، حمود (2000)، **سلسلة تشخيص الإضطرابات النفسية: اضطرابات التعاطي والإدمان (1)**، الطبعة الأولى (المجلد الرابع)، الكويت: مكتب الإنماء الإجتماعي.

الزراد، فيصل محمد (2002)، **الأمراض النفس-جسدية**، بيروت: دارالنفائس.

الزراد، فيصل محمد (2009)، **الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات في العقل التشخيص والعلاج** ، بيروت: دار العلم للملايين.

الزرّاد، فيصل محمد، أبو مغيصيب، عابد عبدالله (2001)، **الإدمان على الكحول والمخدرات التشخيص والعلاج**، دمشق: اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع.

السعدي، عبد الرحمن بن ناصر (2000)، **تيسير الكريم الرحمن في تفسير كلام المنان** ، السعودية، مؤسسة الرسالة.

الشقيرات، محمد عبد الرحمن (2005)، مقدمة في علم النفس العصبي، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

عكاشة، أحمد (2009)، علم النفس الفسيولوجي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عكاشة، أحمد، عكاشة، طارق (2010)، الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

غنيم، خالد اسماعيل (2002)، **أضرار تعاطي المخدرات وأثرة على المجتمع** ، عمان: مركز الكتاب الأكاديمي.

المشاقبة، محمد أحمد (2012)، **الشباب والمخدرات الإرشاد والعلاج النفسي** ، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

مصباح، عبد الهادي (2004)، **الإدمان**، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

ثانياً: المراجع باللغة الأنجليزية

Addolorato. G, Leggio. L, Abenavoli. L, Gasbarrini, G (2005), Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. **Addictive Behaviors**, 30 (6): 1209–1224.

American Psychiatric Association (2013), **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th Ed, DSM-5-TM). Washington, DC: Author.

Bruijnzeel. A, Small. E, Pasek. T, Yamada. H (2010). Corticotropin releasing factor mediates the dysphoria-like state associated with alcohol withdrawal in rats**. Behavioural Brain Research**, 210(2): 288– 291.

Chuan Lei. M, Chin. Y, Gadow. K, Gau. S, Hwu H (2009), Correlates of gender dysphoria in Taiwanese university students. **Archive of sexual behavior**, 39: 1415–1428.

Dasgupta, Amitava (2012), the science of drinking: how alcohol affects your body and mind. **Rowman & Littlefield publishers**, United Kingdom.

Dysphoria. (n.d). in wkipedia. Retrieved June 25, 2014, from **http://en.wikipedia.org/wiki/Dysphoria**

Euphoria. (n.d). in wikipedia. Retrieved June 25, 2014, from **http://en.wikipedia.org/wiki/Euphoria**

Gilman. J, Ramchandani. V, Davis. M, Bjork. J, Hommer. D (2008), Why We Like to Drink: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study of the Rewarding and Anxiolytic Effects of Alcohol. **Journal of Neuroscience**, 28 (18): 4583-4591.

Khazaal. Y, Gex-fabry. M, Nallet. A, Weber. B, Favre. S, Voide. R, Zullion. D, Aubry. J (2013), Affective Temperaments in Alcohol and Opiate Addictions. **Psychiatric Quarterly**, 84(4): 429-438.

Kouri.E, McCarthy.E, Faust.A, Lukas.s (2004), Pretreatment with transdermal nicotine enhances some of ethanol's acute effects in men. **Drug & Alcohol Dependence**, 75 (1): 55-65.

Litman. G, Stapleton. J, Oppenheim A, Michelle.P, Jakson (1983), Situations Related to Alcoholism Relapse. **British Journal of Addiction**, 78: 381-389.

Locke. T, Newcomb. M, Duclos. A, Goodyear. R (2007), Psychosocial predictors and correlates of dysphoria in adolescent and young adult Latinas**. Journal of community psychology**, 35 (2): 135 - 149.

Mann, Ialomiteanu . A, Chan. V, Cheung J, Stoduto. G, Ala-Leppilampi. K, Wickens. C, Rehm. J (2012), Relationships of alcohol use and Alcohol problems to probable anxiety and mood disorder. **Contemporary Drug Problems**, 39.

Miotto. K, McCann. M, Basch. J, Rawson. R, Ling. W (2002), Naltrexone and Dysphoria: Fact or Myth. **The American Journal on Addictions**, 11:151- 160.

Morgan C. J., Badway. A. (2001), alcohol induced euphoria: exclusion of serotonin. **Alcohol and alcoholism**, 36:22-25.

Nolen-Hoeksema. Susan (2004), Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. **Clinical Psychology Review**, 24(8): 981–1010.

Sitharthan. T, Sitharthan. G, Kavanagh. D (2001), Practitioner Report: Emotional Cue Exposure for Alcohol Abuse: Development of a New Treatment Procedure to Train Moderation Drinkingin the Context of Dysphoria. **Clinical Psychology and Psychotherapy,** 8: 73–78.

Swann. A, Johnson. B, Cloninger.R, Chen. R (1999), Relationships of plasma tryptophan availability to course of illness and clinical features of alcoholism: a preliminary study. **Psychopharmacology**, 143: 380-384.

Tomkin. D. M, Sellers. E. M. (2001), Addiction and the brain: the role of the neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence. **Canadian medical association joural**, 164: 21-817.

Townshend. J.M, Duka. T (2003)**,** mixed emotions: alcoholic's impairments in the recognition of specific emotional facial expressions. **Neuropsychologia**, 41 (7): 773–782.

Tupala. Erkki, Tiihonen, Jari (2004), Dopamine and alcoholism: neurobiological basis of ethanol abuse. **Progress in NeuroPsychopharmacology & Biological Psychiatry**, 28 (8): 1221-1247.

William Jill, Ziedonis Douglas M. (2003), Naltrexone Bupropion Combination Therapy for Protracted Abstinence Dysphoria. **The American Journal on Addictions**, 12: 270-272.

الملاحق

الملاحق

مقياس أنماط الإستجابات الإنفعالية لمثيرات المحيط الفيزيائي

المستجيب المحترم / المستجيبة المحترمة

تحية طيبة وبعد...

فيما يلي (39) فقرة تهدف إلى تقييم أنماط الإستجابات الإنفعالية لمثيرات المحيط الفيزيائي لديك، إزاء كل فقرة يوجد تدرج لفظي ثلاثي، يشتمل على ثلاثة بدائل وهي (أ ، ب ، ج).

يرجى قراءة كل فقرة على حده بتمعن، واختيار أحد البدائل الثلاثة الذي يناسبك وينطبق عليك وذلك بكتابة اشارة(X) في ورقة الإجابة المرفقة.

رقم الفقرة	الفقرات	أ	ب	ج
1	عندما أعود متعباً من عملي أو دراستي إلى البيت فإن تعبي:	يمر بسرعة	يستمر لمدة قصيرة، لكنني أحاول عدم إظهاره	يؤثر سلباً في تعاملي مع أهل بيتي
2	يتضح من مسيرتي في الحياة بأنني:	أتمتع بنظرة تفائلية إلى كل شيء بالحياة	غالباً ما أتقبل كل شيء بهدوء	أتمتع إلى حد كبير بنظرة تشاؤمية إلى كل شيء بالحياة
3	عندما يكون الطقس حسناً فإنه في الغالب:	يعمل على تحسين مزاجي أو إزدياد نشاطي	يؤدي إلى تفعيل رغبتي في الإسترخاء وعدم القيام بأي عمل	يؤدي الى عدم استجابتي له أو شعوري بالتعاسة
4	إذا طلب مني الخضوع لاختبار قياس مستوى الذكاء فأنني:	أوافق بتطبيقه علّي بمنتهى السرور	أحاول عدم الخضوع لمثل هذا الإختبار	أرفض قطعياً مثل هذا الطلب
5	عندما أتواصل أو أتعامل مع شريك أو زميل جديد في العمل فإنني:	أتواصل معه بسهولة وبسرعة	أتواصل معه ببطء وحذر	أحاول عدم الإقتراب منه والتواصل معه
6	عندما أكون مسروراً فإنني أرغب في العادة:	أن يلاحظ ذلك السرور كافة المحيطين بي، ويشعرون بأنني مسرور	أن يلاحظ ذلك السرور الأفراد المقربين مني، ويشعرون بأنني مسرور	أن لا يُلاحظ سروري أحد

7	غالباً ما أتقبل الأوضاع الصعبة المتتالية في الحياة	بجاهزية عالية لمواجهتها والتغلب عليها	بقلق قليل	بالتضايق والإنزعاج والإستياء
8	في الغالب تستثيرني النشرة التلفزيونية التي تتضمن أخباراً:	سارة تماماً	فيها تساؤلات أو استفسارات تتطلب الإجابة عنها	غير سارة أبداً
9	عندما تظهر عندي مشاعر ودية وعاطفية نحو الاشخاص المقربين مني، فإنني في العادة:	أجهر بها أو أعلنها وأعبر عنها بصراحة	أخجل من إظهارها	أحاول إخفائها
10	عند الضرورة لإتخاذ قرارات حاسمة في حياتي الشخصية فإنها تؤدي في العادة:	إستنفاري وحشد جهودي لذلك	حيرتي وإرتباكي	سخطي وإستيائي
11	الأفكار والحقائق والمعرفة المشكوك فيها من جهة، ولكنها جذابة وممتعة من جهة ثانية فإنني أقوم بالعادة:	على إستدخالها إلى بنيتي المعرفية وتثبيتها فيها	بتفحصها والتفكير فيها بدقة	بدحضها بحزم
12	عندما تقوم الإناث بمجاملتي أو بملاطفتي فإنني في العادة:	أشعر بالرضا والسرور	أرتبك وأشعر بعدم الإرتياح	أشك في ملاطفتهن لي
13	إذا رُفضت مقترحاتي أو آرائي من والديّ، فإنني في الغالب:	أقوم بتقديم مقترحات جديدة أو تصويب المقترحات السابقة	أنزعج من رفضهما لي	أعبر عن سخطي وإستيائي وأمتنع عن تقديم مقترحات لاحقاً

14	أنا شخص:	أثق جداً بالناس	شكاك وحذر	لا أثق أبداً بالناس
15	أنا أستجيب للنكت:	بالضحك والسرور	بالتحفظ عليها أو حبس شعوري	بالنقد وعدم الإستجابة لها
16	إذا قام أحد أفراد أسرتي بعمل غير مقبول، فإنني بالغالب:	أقوم بتوضيح كيفية القيام بالعمل له بشكل مقبول	أبدأ بالتذمر من قيامه بمثل هذا العمل	أقوم بشتمه وتوبيخه
17	الحياة في الغالب:	سارة تماماً	لا يوجد فيها أية انفعالات مميزة أو محددة	غير سارة أبداً
18	الإستماع إلى النكت:	أعشقها ومغرم بها	لا تسرني	أكرهها ولا أطيقها
19	أقوم بإنجاز الجزء الأكبر من الواجبات والمهمات غير المريحة في عملي:	بصبر وجلد كباقي الواجبات الأخرى	بتثاقل وبدون رغبة	بالإستياء وعدم الإرتياح
20	من أكثر ما يميز نمط حياتي، بأنه قائم على :	التخطيط المنظم والنشط في تحقيق أهدافي المنشودة	الإستقرار والثبات	الرغبة الدورية في التغيير
21	إذا طلب مني تحديد مسيرة عملي على مدار السنة فإنني في الغالب:	أتقبل مثل هذا الطلب	لا أرغب أبداً بمثل هذا الطلب	لا أحب أبداً مثل هذه الإجراءات والتدابير
22	أتفاعل مع الإنتقادات المقبولة، ولكنها جارحة في العادة:	بسرور	بتوتر	بالرفض
23	أرغب أن يكون أدائي المهني قائم على:	التواصل والتعامل النشط والإيجابي مع الآخرين	التواصل غير النشط مع الآخرين	تجنب التواصل مع الآخرين
24	المزح الودّي:	أتقبله دائماً	لا أتقبلة، ولكنني أتحمله	لا أطيقه

25	العيوب في شخصية زميلي في العمل غالباً ما:	أتقبلها كوضع يتطلب مواجهتها والتغلب عليها	أحاول تحملها بصمت	تجبرني على النرفزة والإستياء
26	لو كنت مسؤولاً فإن الأسلوب الأنسب لبلوغ الشهرة والصيت لدى زملائي:	تقديم المساعده والدعم لهم	تحملهم ومراعاتهم في التعامل	التعامل بحزم وصرامه معهم
27	لو تم توجيه المدح والشكر لي على قيامي بأعمالي في اجتماع عام، فإنني في العادة:	أعبر عن فرحي وسروري	إخفائي فرحي وسروري	لا أشعر بالسرور
28	إذا أزعلني شخص ما فأنني:	بسرعة أنسى الزعل	أحاول ضبط نفسي وإقناعه بضرورة حسن التعامل معي	أزعل لمدة طويلة، ولا أنسى ما فعله معي
29	عندما يقرع شخص ما باب منزلي في المساء فجأة، فإنني في العادة:	أتوقع شيئاً ما ساراً	أتوتر، ولكنني لا أظهر ذلك	أتوقع شيئاً ما غير سار
30	عندما أكون مع أصدقائي ويطلبون مني أن أغني أو أرقص فإنني:	أستجيب فوراً لطلبهم	أرتبك قليلاً، ولكنني لا أجسر على تلبية طلبهم	لا أستجيب لطلبهم
31	صغائر الأمور في الحياة أتعامل معها:	بسرور	بإنزعاج	بإستياء وعدم بهجه
32	حياتي كاملة:	مشبعة بالأحداث الساطعة والتي غالباً ما أنظمها بنفسي	موزونة وهادئه	مملة وروتينية

33	إذا أصبح أحد زملائي من غير المقربين بإظهار مشاعر الود لي فإنني سأقوم:	بمبادلته بنفس المشاعر الودية	بمحاولة فهم الأسباب أولاً ثم أقرر كيف سأتعامل معه لاحقاً	بتجنب تشكيل علاقات صداقة معه
34	إذا أزعلني زميلي بشيء ما، فأنني في الغالب:	أسامحه فوراً	أزعل علية دون أن أظهر له ذلك	سأرد علية بنفس الإساءة في وقت ما
35	غالباً ما تؤدي الأوضاع في عملي إلى ظهور:	مزاج سار عندي	توتر وإنزعاج	مزاج غير سار
36	تؤدي النصائح المفيدة لي من زملائي في العادة إلى:	تقبلي لها بكل رحابة صدر	تفحصها بدقة والتأكد من صدقها	رفضها وعدم تقبلها
37	إذا أظهر أحد الزملاء استياؤه عمّا يحدث من نزاعات في العمل، فإنني في الغالب:	أحاول المشاركة معه في فض النزاعات القائمة	أراقب تطور الأحداث القائمة	أشاطره الإستياء مما يحدث
38	غالبية الافراد في عملي أو دراستي:	أثق بهم تماماً	أحذر منهم	لا أثق بهم أبداً
39	أصبحت أستقبل الاعياد في الآونة الأخيرة:	بمنتهى السرور	بعدم الإكتراث، وبشيء من الحزن والقلق	بعدم البهجة والإستياء، والكدر والشعور بالوحدة

ورقة الإجابة

معلومات شخصية:

الجنس: العمر: الجنسية:

الحالة الإجتماعية: المستوى التعليمي: الدخل الشهري:

نوع ومكان العمل: نوع ومكان السكن: عدد أفراد الأسرة:

مدة التعاطي:

رقم الفقرة	أ	ب	ج
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

			19
			20
			21
			22
			23
			24
			25
			26
			27
			28
			29
			30
			31
			32
			33
			34
			35
			36
			37
			38
			39

EMOTIONAL RESPONSES PATTERNS AT ALCOHOL ADDICTED IN COMPARISON WITH NON-ADDICTS IN AMMAN CITY

By

Noor Sabri Moh'd Abd ElFattah

Supervisor

Dr. Mohammad Mahmoud bani younes, Prof

Co-Supervisor

Dr. Yousef Abd Al Wahab Abuhamaidan, Prof

ABSTRACT

This current study aimed to find out the emotional responses patterns for people who are addicted to alcohol comparing to those who are not addicted in Amman city, and to find the differences between them in the types of emotional responses patterns according to the demographic variables represented by age, income, marital status, occupational status and the educational level.

The sample of this study consisted of (80) individuals (40) of them are alcohol addicts and (40) are non-alcoholic, And then the emotional responses patterns for the surrounding physical stimulants scale was applied on the overall sample.

This study results showed that more than half of the individual's sample reported a low levels of euphoria (55%) compared to the high levels (45%), on the other hand for the refracteria individuals who have a high

levels on this pattern were (42.5%) compared to (57.5%) for the low levels in the same study, but for the dysphoric pattern individuals with high levels were (97.6%) and individuals with low levels on the same pattern were (2.4%), and it was shown that there was no differences between the alcohol addicts and non-alcohol addicts on the euphoric pattern, that the t value was (-0.040) and on the refractaric pattern was (-1.819). and there was a significant statistical differences at the level of (0.05 ≥α) on dysphoria for the alcohol addicts individuals.

The results also showed that there was no significant statistical differences at the level (0.05 ≥α) in the emotional responses patterns for alcohol addict individuals due to their age, marital status, and occupational status, while there was a significant statistical differences at the level (0.05 ≥α) due to the rest of the variables of income and educational level.

Finally this study recommends the need for making further studies related to emotional responses patterns which takes the changes in the current study for now and for the changes in different cases.